

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE U CHRONICKÉ BOLESTI

COPING WITH CHRONIC PAIN

Vypracovala:

Lenka Misarová

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Katarína Komadová, PhD.

Praha, červenec 2011

Mé poděkování patří především všem lidem, kteří byli ochotní sdílet se mnou svoje životní zkušenosti. Dále děkuji všem zdravotníkům, především pak MUDr. Ireně Pechanové za možnost podívat se na problematiku bolesti z „druhého břehu“ a za její laskavý a trpělivý přístup k pacientům, který se přenášel i do naší spolupráce.

Tato práce by pak nikdy nevznikla bez účastného zájmu, podpory i kritického pohledu Kataríny Komadové. I jí tímto děkuji.

A nakonec děkuji všem svým blízkým, rodičům a přátelům, za trpělivost a důvěru.

Prohlašuji, že jsem diplomovou vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 26. 7. 2011

Lenka Misarová

Abstrakt

Tato diplomová práce popisuje zvládání zátěže u pacientů s chronickými bolestmi pohybového systému. Zaměřuje se především na kognitivní hodnocení bolesti a strategie zvládání. Dále se pak věnuje emočním změnám u chronické bolesti.

Teoretická část zahrnuje vývoj přístupu k bolesti a přehled některých současných poznatků o biologických a psychosociálních determinantách bolesti. Důraz je kladen na celostní, biopsychosociální přístup.

Empirickou část tvoří výzkum, zaměřený na posouzení důležitých faktorů, které přispívají ke zvládání života s bolestmi, a to jak z hlediska osobních dispozic jedince, tak z hlediska vlivu prostředí. Hlavním cílem výzkumu je pak ověřit, které strategie zvládání lidé s bolestmi nejvíce využívají, a posouzení jejich vlivu na život nemocného.

Klíčová slova: chronická nemoc, chronická bolest, zdroje zvládání, zvládací strategie

Abstract

This thesis describes coping in patients with chronic musculoskeletal pain. It focuses especially on the cognitive evaluation of pain and coping strategies. Furthermore it deals with the emotional changes in chronic pain.

The theoretical part consists of the development of access to pain and the overview of some current knowledge of biological and psychosocial determinant of pain. Emphasis is placed on a holistic, biopsychosocial approach to the issue.

Empirical part consists of research aimed at assessing the important factors that contribute to cope life with pain, as in terms of personal dispositions of an individual, so in terms of environmental influence. The main aim of the research is to identify the most used coping strategies and to assess their effectiveness.

Keywords: chronic disease, chronic pain, coping resources, coping strategies

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Bolest – proměny ve významu a celkovém přístupu	12
1.1 Definice, epidemiologie a institucionální zakotvení bolesti	12
1.2 Fenomén bolesti v historickém přehledu	13
1.2.1 Teorie specifity	14
1.2.2 Teorie kódování	14
1.2.3 Emoční teorie bolesti	14
1.2.4 Vrátková teorie a neuromaticová teorie bolesti	15
2. Neurofyzilogie bolesti	18
2.1 Vzestupné nervové dráhy	18
2.2 Descendentní inhibiční systémy a centrální modulace bolesti.....	20
2.3 Percepce bolesti.....	21
2.4 Akutní bolest	22
2.5 Chronická bolest.....	23
3. Psychologické aspekty bolesti	25
3.1 Multidimenzionální pojetí bolesti	25
3.1.1 Biopsychosociální model.....	25
3.1.2 Behaviorální přístup.....	26
3.1.3 Kognitivně-behaviorální teorie	27
3.1.4 Pojetí psychosomatické medicíny.....	27
3.2 Hodnocení bolesti.....	28
3.2.1 Katastrofické myšlení	29
3.2.2 Stigmatizace.....	31
3.3 Chronická bolest a stres	31
3.3.1 Frustrace, stres a zvládání zátěže	31
3.3.2 Kognitivní teorie stresu.....	33
3.3.3 Hierarchický model faktorů zvládání	35
3.3.4 Proaktivní coping.....	35
3.3.5 Strategie zvládání v dotaznících	37
3.4 Další faktory, které ovlivňují zvládání zátěže.....	40
3.4.1 Resilience.....	40

3.4.2	Self-efficacy	41
3.4.3	Locus of control	41
3.4.4	Neuroticismus	42
3.4.5	Naučená bezmoc	43
3.4.6	Osobní pohoda	43
3.5	Emoční prožívání bolesti.....	44
3.5.1	Úzkost a zlost.....	45
3.5.2	Deprese	45
3.5.3	Alexithymie	46
3.5.4	Pozitivní emoce v procesu zvládání.....	46
3.6	Změny chování.....	47
3.6.1	Proces učení	47
3.6.2	Vyhýbavé chování	49
3.6.3	Komunikace a bolestivé chování	50
4.	Sociální aspekty.....	52
4.1	Invalidita	52
4.2	Role pacienta.....	53
4.3	Sociální opora.....	53
4.4	Životní události a změny	54
EMPIRICKÁ ČÁST		56
1.	Cíle empirické části a výzkumné otázky	57
2.	Průběh výzkumu	58
2.1	Respondenti.....	58
2.2	Metody	61
2.3	Analýza	62
3.	Výsledky.....	64
3.1	Kódy a kategorie	64
3.2	Analýza a interpretace.....	65
3.3	Kazuistiky	86
4.	Diskuze	90
4.1	Výzkumný soubor	91
4.2	Metoda rozhovoru	93
4.3	Rozsah tématu, výzkumné otázky.....	94

4.4	Organizace výzkumu.....	95
4.5	Analýza dat a interpretace	95
4.6	Výsledky	95
5.	Závěr.....	104
	Seznam použité literatury	105
Příloha 1	Okruhy otázek pro rozhovor.....	115

Použité zkratky:

SSLB – Společnost pro studium a léčbu bolesti

IAPS – International Association for the Study of Pain

CNS – centrální nervová soustava

LOC – locus of control

Úvod

Bolest je jedním z darů, které dostává do vínku každý zdravý člověk. Dokáže rychle a účinně poukázat na hrozící nebezpečí, může nás však dlouhodobě trápit i bez zřejmé příčiny. Každý člověk má jiný práh bolesti a jinou toleranci k bolesti. Již plod v děloze je schopen vnímat intenzivní bolest, a zvýšená vnímavost k bolesti se zmírňuje teprve pár týdnů po narození (Janáčková, 2007). Kultura, rodinná historie i čistě osobní zkušenosti neustále formují naši schopnost vnímat, zhodnotit a tolerovat bolest. Téma zvládání chronické bolesti je dnes stejně důležité jako dříve. Přispívá k tomu jak rychlý rozvoj léčebných metod, které dovedou mírnit lidské utrpení, tak přesvědčení, že bolest je něčím nežádoucím. Délétrvající bolesti tak lidé pocítují i jako výrazné snížení kvality života. Bolest i tak bude mít vždy dvojí výjimečnou úlohu - provází nejen zrození člověka, ale stejně tak úzce je spjata s utrpením a smrtí.

Prvním impulsem pro výběr tohoto tématu bylo několik zajímavých setkání v rámci mé stáže na psychosomatické klinice. Potkávala jsem zde lidi s různými životními příběhy, jejichž společnou zkušeností byly déletrvající bolesti. Téměř všichni prošli nespočtem vyšetření a léčebných pokusů, až se pro ně bolest stala s určitou mírou nadsázky životním partnerem. U některých po většinu času smírlivým a předvídatelným, u jiných zcela nechtěným a odmítaným. Na základě jejich zkušeností a mých vlastních otázek - co lidem dává schopnost vyrovnat se s bolestmi, sílu bojovat nebo co je vede k rezignaci a izolaci - pak vznikl základní koncept této práce.

V této diplomové práci se pokusím popsat:

- důležité faktory ovlivňující prožívání, myšlení a chování nemocných
- nejčastější strategie zvládání zátěže při chronických bolestech
- některé důležité životní změny, které zasahují do schopnosti účinně bojovat s nemocí

Teoretická část tvoří podklad pro samotný výzkum a je rozdělena do čtyř kapitol. V první z nich stručně popisují základním pojmům, které s bolestí souvisejí. První kapitola zahrnuje definici a institucionální zakotvení bolesti a některé moderní teorie bolesti.

V druhé kapitole se více zaměřuji na somatickou stránku bolesti. Zvláštní pozornost je věnována přechodu od akutní bolesti k bolesti chronické, a důležitým změnám, které jej doprovázejí.

Třetí a nejrozsáhlejší kapitola shrnuje některé současné poznatky psychologie o chronické bolesti. Jsou zde popsány některé psychologické přístupy k bolesti. Dále změny v myšlení a chování a některé další faktory na straně jedince, které mají význam pro adaptaci na bolest.

Invalidita, role nemocného, potřeba pomoci - s chronickou nemocí se pojí změny interakce mezi jedincem a jeho prostředím. Poslední kapitola se tedy věnuje stručnému přehledu sociálních aspektů, které mohou tyto změny doprovázet.

V části empirické se věnuji samotnému výzkumu. Na začátku jsou popsány hlavní cíle, výzkumné otázky a průběh sběru dat. Další část je věnována analýze kategorií a jejich interpretaci. Důležitou součástí empirické části je pak samotná diskuze výsledků a jejich porovnání s jinými výzkumy.

Součástí této práce nejsou přepisy rozhovorů. Mnozí z respondentů i po vysvětlení anonymity všech osobních údajů nebyli ochotni dát souhlas se zveřejněním rozhovoru anebo tento souhlas stáhli krátce po začátku rozhovoru, kdy již nebyl přítomen jejich lékař. Proto jsou v empirické části uváděny jen krátké citace, proti kterým žádný z respondentů námitky neměl. Kompletní přepisy rozhovorů jsou na žádost o kontrolu dostupné u autorky práce. Přímé citace cizojazyčných děl byly autorkou pro jednodušší orientaci v textu přeloženy.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Bolest – proměny ve významu a celkovém přístupu

V první kapitole definujeme pojem bolest, popíšeme epidemiologii bolesti a dvě instituce, které se výzkumem a léčbou bolesti zabývají. V další části se pak zaměříme na některé moderní teorie, které ovlivnily přístup k léčbě bolestivých stavů.

1.1 Definice, epidemiologie a institucionální zakotvení bolesti

Definice bolesti

Podle definice Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) je bolest „*nepříjemný smyslový a emoční zážitek, spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, anebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Merskey & Bogduk, 1994).

Z pohledu psychologického je pak bolest „*komplexní zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou dány také jedinečnou a předchozí zkušeností individua s bolestí, významem, jaký je situaci bolesti přikládán, a způsobem, jakým se člověk naučil s bolestí vyrovnávat*“ (Vymětal, 2003, s.224).

Již zde je patrné, že prožitek bolesti má mnoho vrstev, upozorňuje na momentální ohrožení organismu, ale stejně tak je ovlivňován osobností člověka a jeho aktuální životní situací.

Epidemiologie

Z médií, z odborných diskuzí i z každodenního rozhovoru s lidmi usuzujeme, že jde o téma hojně diskutované a to i tehdy, když nás bolesti právě netrápí. Každý člověk se někdy ve svém životě potká s nečekanou a intenzivní bolestí, a mnoho lidí pozná i dlouhodobé a chronické bolestivé stavy.

Zajímavá studie Crofta a jeho kolegů z Velké Británie se zaměřila na pacienty s chronickými bolestmi dolní části zad. Statisticky hodnotili, jak se mění návštěvnost ordinací od první návštěvy. Po 3 měsících přestávalo chodit k lékaři až 90% lidí, přičemž jen 25% z nich se během jednoho roku vyléčilo. Autoři konstatují, že tento stav odpovídá i

studiím z jiných zemí, a že velká část chronických pacientů řeší svoje potíže jinak než běžnými léčebnými postupy (Croft, Macfarlane, Papageorgiou, Thomas & Silman, 1998).

Breivik s kolegy (2006) provedli zajímavé dotazníkové šetření v 15 zemích Evropy a v Izraeli (bohužel Česká republika nebyla do výzkumu zahrnuta). Kritéria byla věk nad 18 let a přítomnost středně těžké nebo těžké chronické bolesti. Zjistili, že ze 46 394 respondentů deklarovalo přítomnost akutní bolesti celých 19% z nich. Výskyt chronické bolesti se zvyšoval s věkem (přibližně 40% respondentů do 40 let a 60% nad 40 let). Nejčastěji se vyskytovaly bolesti zad (24%), nejčastějším důvodem pak byla artritida/osteoartritida (34%).

Institucionální zakotvení – IASP a Společnost pro studium a léčbu bolesti

V roce 1973 svolal John H. Bonica - anesteziolog z Washingtonu, který se velice zajímal o léčbu bolestivých stavů a sám vytvořil tým pro komplexní léčebnou péči bolesti - konferenci, na jejímž podkladě byla založena Mezinárodní asociace pro studium bolesti – IASP. Na základě této konference se organizace z členských zemí zavázaly vytvořit specializovaná pracoviště pro léčbu bolestivých stavů. Dnes má IAPS zastoupení po celém světě a vydává, mimo jiné, odborný časopis *Pain* (např. Jarošová, 2002; Neradilek et al., 2006).

V České republice vlivem nepříznivých politických poměrů vznikla Společnost pro studium a léčbu bolesti České lékařské komory J. E. Purkyně (SSLB) až v roce 1990. Krátce poté byl přijat i u nás metodický pokyn pro vybudování specializovaných pracovišť pro léčbu bolestivých stavů (Toběrná, 2005). Jedná se o síť ambulancí, klinik a velkých center pro léčbu bolesti v rámci nemocnic.

1.2 Fenomén bolesti v historickém přehledu

V této části budou popsány některé moderní teorie bolesti, které významně ovlivnily pohled na přístup k léčbě bolesti. Samostatně jsou uvedeny vrátková teorie bolesti a neuromaticová teorie, které stále udávají směr ve výzkumu bolestivých stavů.

1.2.1 Teorie specifity

V 17. století popsal René Descartes senzorický mechanismus vzniku bolesti. Předpokládal, že v těle existují duté dráhy, vedoucí bolestivý podnět z místa poškození až do mozku, a ten pak vyvolá patřičnou úhybnou reakci. Emoce byly vnímány jen jako následná reakce na bolest. Snad nejznámějším pokračovatelem, vycházejícím z konceptu smyslových receptorů jako zprostředkovatelů bolesti, byl pravděpodobně Max von Frey a jeho teorie kožního čítí z roku 1896. Frey vycházel z předpokladu, že informaci o poškození zachycují specifické receptory a nervová vlákna, a po zpracování v mozku vzniká pocit bolesti. Von Frey popsal receptory pro tlak, chlad, teplo, a nakonec i pro bolest. Největším přínosem této teorie byl objev volných nervových zakončení, která skutečně vedou informace o nociceptivní bolesti (Melzack, 1973; Opavský, 2011).

1.2.2 Teorie kódování

Významným posunem ve vnímání bolesti byla teorie kódování, pro kterou byla stěžejní Goldscheiderova teorie sumace (1894). Ve chvíli, kdy je současně stimulováno určité hraniční množství synapsí nociceptivních neuronů, a zároveň je dodržena určitá frekvence přenosu vzruchu po synapsích, vznikne pocit bolesti. Graham Weddell a Dennis. C. Sinclair (oba shodně v roce 1955) předložili hypotézu, že určitá sekvence nervových impulzů (kód) vede v prožitku bolesti. Spojením teorie sumace a teorie kódů vznikla teorie kódování, kterou navrhl chirurg Noordenboos (1959). Jeho představa byla taková, že informace o bolesti vzniká na podkladě multisynaptického přenosu vzruchů ze dvou různých systémů – při převaze vzruchů ze systému s rychlým vedením bolest nevznikne, v systému s pomalým vedením ano (Melzack, 1973; Neradilek et al., 2006).

1.2.3 Emoční teorie bolesti

Jde o teorii, která byla hojně kritizována jako zavádějící, její přínos však byl ve zdůraznění emoční stránky bolesti. Jejím představitelem byl H. R. Marshall (1894), který poukazoval na to, že prožitek bolesti může být zprostředkován stejně tak smysly, jako nepříjemnými myšlenkami. Bolest chápal jako prožitek ovlivněný strachem (Melzack, 1973).

1.2.4 Vrátková teorie a neuromaticová teorie bolesti

Vrátkovou teorii bolesti (*gate-control theory of pain*) v roce 1965 popsali ve své práci „*Pain Mechanisms: A new theory*“ v časopise Science kanadský psycholog Ronald Melzack a anglický neurofyzikolog Patrick D.Wall (Melzack, 1973). Šlo o přelomovou teorii, která vedla k porozumění přenosu informace o bolesti z periferie do vyšších nervových center, a především obrátila pozornost k možnostem inhibice a modulace bolesti (Opavský, 2011).

Zjednodušeně lze teorii popsat takto: na úrovni zadních míšních rohů funguje vrátkový mechanismus, který se při převažující stimulaci rychlých nervových drah (myelinizovaná vlákna o velkém průměru – tzv. A β) uzavře a informace o možném poškození na této úrovni zaniká. Naopak při výrazné stimulaci nociceptivních buněk pomalých vláken (vlákna A δ a nemyelinizovaná vlákna typu C) se „vrátka“ v zadních míšních rozích opět otevrou, vzruch se šíří do vyšších nervových center a vzniká vjem bolesti. „Vrátko“ se opět uzavře v případě, že převáží stimulace rychlých A β drah.

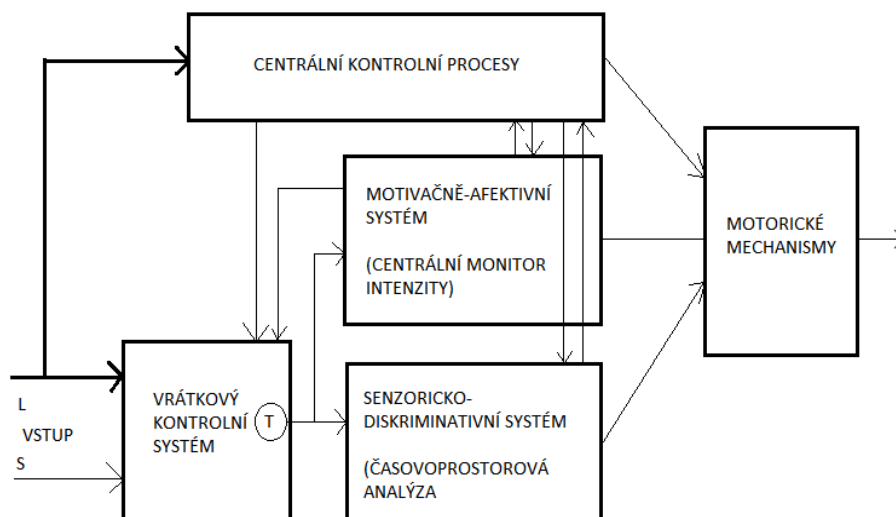
Přenos vzruchu je tedy ovlivňován:

- a) poměrem aktivity rychlých a pomalých vláken
- b) převodem přes interneurony na přední rohy míšní – tzv. transmisí
- c) modulačním vlivem z descendentních drah CNS nebo páteřní míchy (Melzack, 1999).

Melzack a Wall charakterizovali bolest jako subjektivní prožitek s rozličnými projevy. Léčba bolesti se do té doby omezovala na patofyziologické změny. Nálada pacienta, jeho schopnost vypořádat se s náročnou situací, stejně jako faktický dopad bolestí na jeho běžný život zůstávaly stranou (Melzack & Wall In Melzack, 1973). Právě proto, aby byla zdůrazněny různorodé aspekty bolestí, Melzack ve spolupráci s různými kolegy navrhl multidimenzionální model bolesti (Obr.1). Ten zahrnuje tři hlavní komponenty:

- senzoricko-diskriminační
- afektivně-motivační
- kognitivně-hodnotící

Dílčí faktory a dimenze, které patří k těmto třem komponentám bolesti, byly později podkladem pro Dotazník bolesti McGillovy univerzity - McGill Pain Questionnaire MPQ (Melzack & Turk, 1992; Jakoubek & Tondlová, 1993).



Obr.1 Původní konceptuální model sensorických, motivačních a centrálních determinant bolesti. T – interneurony, které inhibují nebo facilitují přenos nociceptivního podnětu; L, S – silná a slabá vlákna (Melzack & Casey, 1968, podle Melzack, 1983, s.4)

Neuromaticová teorie bolesti¹

Nejnovější teorie Ronalda Melzacka rozšiřuje původní vrátkovou teorii bolesti o širší popis centrální descendentní modulace bolestivého prožitku. Melzack se zde zaměřuje více na oblast psychologického zpracování bolesti a dopad chronické bolesti na imunitní systém (Melzack, 2005). Předpokládá rozsáhlý systém - „*body-self neuromatrix*“, který se skládá z propojených nervových okruhů mezi talamem, kortexem a limbickým systémem, a jehož vnitřní částí je neuromaticový systém. Struktura a spoje jsou částečně utvářeny geneticky, částečně pak vlivem sensorických vstupů. Celý tento systém neustále a cyklicky prochází interakcí s podněty z periferie. Spojení sensorických, afektivních a kognitivních komponent bolesti může vést k vytvoření určitého vzorce – neurogramu. Na základě neurogramů se vzniká mutidimenzionální zkušenost bolesti, včetně následné behaviorální a homeostatické odpovědi.

¹ České ekvivalenty anglických názvů převzaty z článku Petra Knotka (2010)

Neurogram může vzniknout však i na základě patologického procesu v mozku anebo při těžkém chronickém stresu. V procesu výměny informací může za patologických podmínek docházet k podávání klamných informací. „*Body-self neuromatrix* může být příčinou fantomové bolesti, může také ovlivnit prožitek bolesti při vzpomínce na traumatickou událost. Na úrovni regulační pak může vyvolat neurohumorální a imunitní odpověď na neexistující noxu, například v podobě autoimunitní poruchy (Melzack, 2005; Knotek, 2010).

2. Neurofyzilogie bolesti

V této kapitole bude popsán vznik bolestivého zážitku od podráždění nervových zakončení až po centrální modulaci bolesti. Dále bude v této části věnována pozornost různým typům bolesti a přechodu od akutní-fyziologické k patofyziologické -chronické podobě bolesti.

2.1 Vzestupné nervové dráhy

Periferní nervový systém

Nociceptory jsou většinou vysokoprahové senzorické receptory volných nervových zakončení, anebo také některé receptory v centrálním nervovém systému, které mohou zachytit a převádět informace o skutečném nebo potenciálně škodlivém podnětu (Merskey, Bogduk, 1994). V periférii se vyskytují hojně v kůži, svalech, kloubech nebo ve vazivových obalech orgánů. Běžně reagují na mechanické, termické nebo na biochemické podněty.

Díky tzv. neuronální plasticitě mohou i neurony měnit svoje biochemické vlastnosti, a díky tomu reagovat rychleji na nociceptivní podněty – dochází k tzv. autosenzitizaci (Orel, Facová, Večeřa & Wágner, 2010). Příkladem může být zánětlivý proces, kdy se v neuronech obvykle málo citlivých na nociceptivní podněty, snižuje práh pro přenos vzruchu po takovém podnětu. Zároveň se však zcitlivují i původní nociceptory, a proto bývá intenzita bolesti vyšší než při běžném dráždění (Silbernagl & Lang, (2001; Opavský, 2011).

Bolest je pak vedena přes volná nervová zakončení po nervových drahách. Akutní, ostrou, rychlou bolest vedou především myelinizovaná vlákna A δ , naopak tupou, pomalou, difúzní bolest převážně tenká vlákna typu C. Silná rychlá vlákna skupiny A β vedou spíše podněty tenze a tlaku než podněty, vedoucí k pocitu bolesti (Rokyta, 2006a).

Míšní úroveň

Nociceptivní dráhy vedou informaci o poškození do zadních rohů páteřní míchy (v obličejí skrze trojklanný nerv). V zadních rožích míšních dochází k propojení do různých vrstev šedé hmoty míchy (tzv. Redexových zón). Velmi zjednodušeně v zónách I-III se přepojují

dráhy pro povrchovou bolest, v zónách III – V jsou zpracovávány mechanické a taktilní podněty. Zóny III, V, VIII a X pak vedou bolesti hluboké (Rokyta, 2006a; Opavský, 2011).

Na úrovni zadních rohů páteřní míchy může dojít k zastavení nociceptivního podnětu aktivací inhibičních interneuronů - viz. vrátkový systém. Jde skupiny neuronů s neurotransmitery GABA, glycinem či jednoduchými opioidními peptidy. Při zánětu nebo nekrotickém poškození jednoho či více interneuronů může dojít k úplnému otevření vrátek. Následkem je pak snížení prahu bolesti nebo akutní prožitek bolesti při jinak neškodném podnětu - tzv. hyperalgie (Sandkühler, 2009).

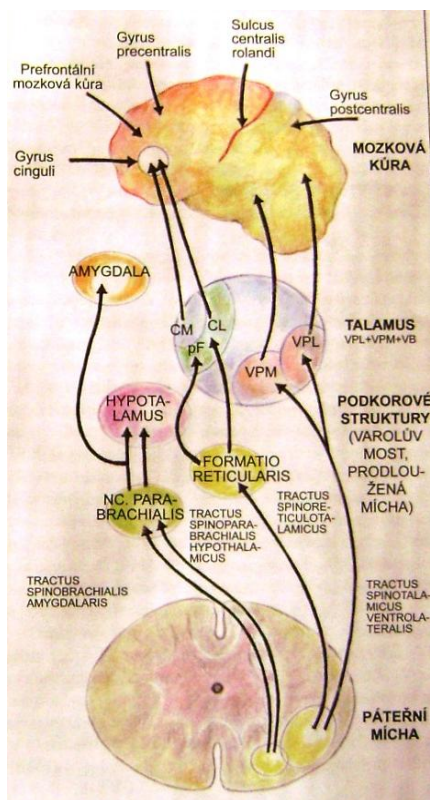
Dráhy vedoucí z míchy do CNS

Většina ascendentních nervových drah prochází při vstupu do CNS přes jádra thalamu. Ascendentní nervové dráhy přes něj přecházejí do podkorových a korových oblastí mozku. Uvádíme zde některé z nich:

- Spinothalamický trakt vede informaci o akutní, ostré bolesti přímo z míchy do různých jader thalamu. Některá z vláken tohoto traktu směřují do mozkového kmene, do oblasti periaqueductální šedi, která se podílí na inhibici bolesti.
- Spinothalamoretikulární a spinomezencefalický trakt vede informace o pomaleji se rozvíjející, hlubší bolesti. Část vláken spinothalamoretikulárního traktu zasahuje do descendentních drah, a podílí se na modulaci bolesti.
- Spinoparabrachioamygdalární a spinobrachiohypothalamický trakt jsou dráhy, vedoucí informaci do limbického systému. Dotvářejí afektivně-motivační komponentu bolesti - zvýšené zaměření na bolest, vigilita a vzrušivost, a také strach z bolesti (Rokyta, 2006a; Opavský, 2011).

Projekce v CNS

Informace se přes thalamus přenáší do celého mozku, především pak do somatosenzorické kůry a do frontální kůry, gyrus cinguli a inzuly, a taktéž do limbického systému a mozečku přes thalamokortikální trakt. Zde se pak vytváří psychická odezva – přepojení pozornosti, úlek, strach a další komponenty prožitku bolesti (Knotek, 2010).



Obr.2 Dráhy bolesti (podle Rokyta, 2006a, s.59)

2.2 Descendentní inhibiční systémy a centrální modulace bolesti

Na centrální úrovni je několik oblastí, které výrazněji zasahují jak do vedení, tak do percepce bolesti. Jde především o:

- nervové okruhy vedoucí mezi kortexem a thalamem,
- okruh mezi kortexem a limbickým systémem,
- descendentní dráhy z kortexu až na úroveň zadních míšních kořenů (Rokyta, 2006a).

Motorický kortex obsahuje descendentní dráhy, které se aktivují přibližně ve chvíli, kdy je bolest percipována, a modulují například únikové reakce nebo snižují průchodnost „vrátek“ v míše. Současně dochází k aktivaci osy hypofýza-hypothalamus-nadledvinky s uvolňováním energie a aktivací metabolismu, a k aktivaci opioidních neurotransmiterů v mozku a míše. Tento proces je energeticky velmi náročný a při dlouhodobé stimulaci dochází k jeho vyčerpání. V důsledku pak dochází k narušení funkce inhibičního systému v regulaci bolesti (Knotek, 2010; Opavský, 2011).

Na úrovni mozkového kmene a prodloužené míchy, a to především v oblastech periaqueductální šedi (substantia grisea centralis) a dále pak v nucleu raphe, jsou oblasti s vysokou koncentrací serotoninergních neuronů, noradrenergických neuronů (např. locus coeruleus), a shluky neuronů s opioidními neurotransmitery. Některé z těchto neuronů díky dlouhým výběžkům působí přímo na úrovni zadních rohů míchy (Vyklíček, 1994).

Endogenní opioidní peptidergický systém (EOPS) je hlavním descendentním inhibičním systémem. Skládá se z opioidních neurotransmiterů a z opioidních receptorů, které váží jak endogenní opioidy, tak i exogenní látky, například morfin a jeho deriváty (Jakoubek & Tondlová, 1993; Křivohlavý, 2002). Opioidní neurotransmitery jsou především peptidy - enkefaliny, endorfiny a dynorfiny. Běžně jsou produkovány při příjemné fyzické nebo psychické aktivitě, jejich hladina se zvyšuje při porodu anebo menstruaci. S určitou časovou latencí působí na celý organismus (Silbernagl & Lang, 2001). Opioidní peptidy snižují intenzitu bolesti a naopak navozují příjemný, mírně euforizující efekt. V neposlední řadě mají motivačně-behaviorální efekt - vedou k opětovnému vyhledávání zdroje příjemných a uklidňujících pocitů (Orel, Facová, Večeřa & Wágner, 2010).

2.3 Percepce bolesti

Prožitek bolesti vyvolává strach a chování, jehož hlavním účelem je primárně odstranit zdroj, který bolest působí (pokud to lze), a v dalším kroku pak motivuje jedince k vyhledání něčeho, co samotný pocit zmírní. Existuje mnoho různých typů bolesti, bolest má různé příčiny, délku trvání, průběh. Reakce na škodlivý podnět se díky modulaci bolesti také proměňují. Dvě kritéria, podle kterých můžeme stanovovat individuální odezvu na bolest, jsou práh bolesti a hranice tolerované bolesti.

Práh bolesti

Nejslabší vjem, který už je pocíťován jako bolest.

Někteří lidé jsou na bolest méně citliví-mají vyšší práh bolesti. Ve zvláštních případech, např. u vrozené analgézie nebo některých degenerativních onemocněních, nenásleduje po percepci bolesti úlek ani strach. Taková zkušenost pak znesnadňuje osvojit si chování, které by odpovídalo správné reakci na potenciální ohrožení. Lidé s tímto onemocněním

pak mají spíše tendenci způsobovat si více úrazů a poranění, kterým se nenaučili předcházet (Vyklícký, 1994).

Hranice tolerované bolesti²

Nejsilnější bolest, kterou je jedinec schopen unést.

Mezi muži a ženami není významný rozdíl v prahu bolesti. Rozdíl je ale v toleranci bolesti - u žen je signifikantně nižší. Práh i tolerance se však u obou pohlaví mírně zvyšují s věkem (Weisenberg, 1977; Ramírez-Maestre, López Martínez & Zarazaga, 2004).

Práh bolesti, hranici tolerované bolesti nebo vnímanou intenzitu bolesti můžeme hodnotit v laboratorních podmínkách, cennými jsou však tyto informace především v klinické praxi. Mezi prvními, kteří se pokoušeli v rámci výzkumu popsat některé z dimenzí bolesti, byli v 50. letech Hardy, Wolff a Goodelová z Cornwallovy univerzity (Melzack, 1973; Weisenberg, 1977). Dodnes je v odborné literatuře popisována například srovnávací turniketová technika. V klinické praxi jsou dnes využívány spíše sebehodnotící metody - neverbální například v podobě vizuálních analogových škál či verbální - především dotazníky nebo mapy bolesti. Vzhledem k tomu, že bolest je vždy subjektivní, je podstatnou součástí hodnocení bolesti i pozorování a rozhovor s pacientem a jeho blízkými osobami (Křivohlavý, 2002).

2.4 Akutní bolest

Akutní bolest je považována za symptom a fyziologickou, varovnou reakci organismu na škodlivý nebo potenciálně škodlivý podnět. Má jasně definovatelnou příčinu, trvá v rozsahu několika sekund až šesti týdnů, a dojde-li k vyléčení organismu, pak obvykle odeznívá (Opavský, 2011). V organismu se zvyšuje sekrece noradrenalinu a adrenalinu i hladina jiných kortikoidních hormonů. Důvodem je snaha aktivizovat organismus k obraně, a následně k hojení. Na centrální úrovni se organismus pokouší intenzitu akutní bolesti tlumit prostřednictvím endogenních modulačních systémů – tzv. stresová analgezie (Opavský, 2011). Například u traumatu akutní bolest v první fázi nebývá

² Termíny práh a hranice tolerované bolesti jsou definovány podle taxonomie IAPS, v české úpravě SSLB (Opavský, 1998).

nejvýznačnějším stresorem, protože její prožívání je utlumeno. Projeví se pak až ve chvíli, kdy se tělo začíná regenerovat (Vyklický, 1994).

Navenek se akutní bolest projeví jako reakce:

- senzorická-vnímání intenzity, lokalizace a charakteru bolesti
- afektivní – dominantní je úzkost; pocity utrpení, strach, zlost
- motorická – obranné reflexy-agrese, únikové reakce („*fight or flight*“), mimika, zaujímání úlevové polohy
- vegetativní – změny tlaku, zrychlené dýchání, rozšíření zornic, pocení, nevolnost (Silbernagl & Lang, 2001; Rokyta, 2006b).

V této fázi bolest obvykle vyvolává přijímající reakci okolí, ujištění, že vše bude v pořádku, činí se konkrétní kroky k odstranění příčiny. Člověk podle své povahy a zkušeností vyhledává pomoc blízkých osob, respektive zdravotní ošetření.

2.5 Chronická bolest

Bolest se stává chronickou, pokud její příznaky přetrvávají déle jak 3 až 6 měsíců. Obvykle tak symptomy, které doprovázely původní příčinu bolesti, přesahují dobu hojení organismu. Objevuje se vegetativní a hormonální dysbalance, například zvýšená sekrece kortizolu (Monsen & Havik, 2001). Bolest se stává centrem zájmu i samostatným syndromem. Procesy, probíhající při chronické bolesti, jsou považovány za patofyziologické (Vyklický, 1994; Opavský, 2011). Zvyšuje se intenzita emoční reakce v důsledku aktivace limbického systému, senzorická komponenta bolesti - popis bolesti jako nepříjemného vjemu - ustupuje afektivnímu hodnocení bolesti v adjektivech nekonečná, děsivá, svíravá apod. (Knotek, 1994). Podle povahy symptomů dochází ke změnám chování, prožívání, respektive interpersonálních vztahů.

Chronická bolest zahrnuje 4 základní dimenze:

Somatickou – tělesný počitek, který se projevuje intenzitou a lokalizací; ztrátou chuti k jídlu, nespavostí, anhedonií, potížemi s váhou, neschopností se soustředit a ztrátou vůle, únavou, ztrátou libida.

Emoční – prožitek bolesti, ovlivněný zkušeností; může se pojít se strachem, zlostí, úzkostí, pocity beznaděje anebo s pocitem blaha; obvykle se spojuje s motivací a tendencí bolest odstranit.

Kognitivní zahrnující názory, myšlenky, postoj k bolesti a zvládání bolesti. Roli zde hrají situační kontext, výchova, osobní zkušenost, kulturní vlivy. Bolest může být spojena s pocitem viny, může být prožívána jako určitá forma trestu.

Behaviorální dimenze bolesti se projevuje jako reakce na bolest – ucuknutí, slovní odreagování. Patří sem veškeré motorické odezvy i tzv. bolestivé chování - vyhledávání úlevových poloh, vyhýbání se nebo omezení aktivit, které mohou přivodit nebo zhoršit bolest, nadměrné užívání léků, nadměrné vyhledávání lékařské péče apod. Při dlouhodobých nebo vracejících se bolestech může dojít k rozvoji invalidity (Raudenská, 2004; Janáčková, 2007; Orel & Facová, 2010).

Zjednodušená klasifikace chronických bolestí podle lokalizace:

- **Nociceptivní**, které vznikají na úrovni volných nervových zakončení a nociceptorů.
- **Neuropatické** – a) periferní – postiženy jsou kořeny nervů před vstupem do míchy, jednotlivá vlákna nebo i veškeré nervové dráhy (tzv. polyneuropatie); zvláštní skupinou jsou pak bolesti vznikající na úrovni autonomního nervového systému; b) centrální neboli nenociceptivní – poškození tkání vzniká na úrovni centrálního nervového systému a prožitek bolesti pak vzniká v důsledku tohoto poškození (Opavský, 2011).
- **Psychogenní bolesti**
Vedle organicky podložených bolestivých stavů existují situace, kdy přes všechna fyziologická vyšetření nelze najít somatický podklad pro bolest, a přitom ta hraje v životě jedince výraznou roli. Předpokládá se, že bolest vzniká až na úrovni CNS - hypothalamu a thalamu, limbického systému a mozkové kůry (Janáčková, 2007) a rozvíjí se během několika týdnů až měsíců, nejčastěji v souvislosti s náročnou životní situací. Typicky pak dochází k přechodnému zhoršování stavu při emočním rozrušení. Příkladem nejednoznačnosti původu potíží jsou některé stavy bolestí na hrudi, tenzní bolesti hlavy nebo vertebrogenní algický syndrom (Šimek, 1994; Raudenská, 2004).

3. Psychologické aspekty bolesti

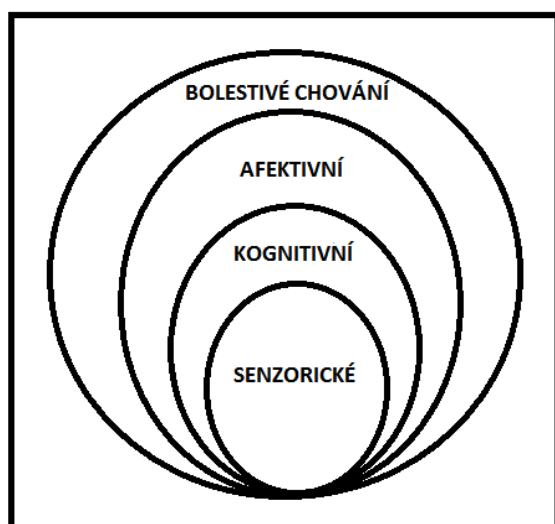
V této kapitole se budeme věnovat teoriím rozvoje a průběhu chronických bolestí. Dále popíšeme bolest jako stresor a některé koncepty, které se zaměřují na hodnocení a zvládání stresu. Na konci této kapitoly budou taktéž zmíněny některé další faktory, které mohou mít na zvládání chronických bolestí vliv.

3.1 Multidimenzionální pojetí bolesti

Prožitek bolesti je vždy subjektivní a komplexní. Podstatné jsou osobní charakteristiky jedince stejně jako reakce ostatních lidí. Ovlivňuje jej aktuální emoční ladění člověka (můžeme například zažívat „bolest duše“, když ztratíme milovaného člověka), únava, stres, předchozí zkušenosti, představy a přesvědčení o bolesti (Knotek, 1994; Orel & Facová, 2010).

3.1.1 Biopsychosociální model

Jednoduchý, avšak přehledný konceptuální model vytvořili autoři Loeser a Cousins (Loeser & Cousins In Waddell & Turk, 1992). Čím déle je chronická nemoc a bolest přítomna, tím větší šíře negativních projevů se může objevit. Somatické a psychologické faktory jsou zarámovány do sociálního prostředí jedince.



Obr.3 Biopsychosociální model chronické bolesti a invalidity (podle Waddell & Turk, 1992, s. 24)

Na podkladě tohoto modelu a dřívějších studií navrhl John D. Loeser 4 dimenze bolesti, které je podstatné léčebně ošetřit (*Issues in Pain Measurement, 1989*, podle Neradilek, 2006). V akutní fázi nemoci na sebe nejprve přímo navazují, ale v průběhu času může každá z nich ovlivňovat všechny ostatní (v závorce uvádím originální anglické názvy).

1. **Nocicepce** je nervový proces kódování škodlivého podnětu. Nocicepce může, ale nemusí vyvolat pocity bolesti. Může ale dojít k autonomní reakci organismu jako je například zvýšení krevního tlaku, anebo k behaviorální reakci ve smyslu únikového reflexu (Merskey, Bogduk, 1994).
2. **Bolestivý vjem** (*sensory pain*) – reflexe nocicepce, tedy prožitek bolesti, který je modulován centrálně i prostřednictvím descendentních drah.
3. **Utrpení** (*suffering pain*) – tyto pocity nemusejí nutně souviset s intenzitou bolesti, ale počítá se s každou stresující událostí, která člověka zasáhne. Stres může například vést ke stažení posturálního svalstva, to pak k funkční poruše pohybového ústrojí a opět k prožitku bolesti. Prožívané utrpení může vést k vnímání bolesti, aniž by byl aktuálně přítomen škodlivý podnět.
4. **Bolestivé chování** (*pain behaviour*) je jedinou dimenzí, kterou lze objektivně hodnotit. Jsou to změny v chování, jejichž vědomým či nevědomým cílem je upozornit na stav dyskomfortu pacienta. Patří k němu kulhání, grimasy, vzdychání, zaujímání úlevových poloh. Z dlouhodobého pohledu pak užívání léků a zdravotnických pomůcek, návštěvy odborníků, nebo např. snaha o získání invalidního důchodu apod. (Neradilek, 2006).

3.1.2 Behaviorální přístup

Jedním z průkopníků kognitivně-behaviorálního přístupu k bolesti, resp. procesu behaviorálních změn, byl Wilbert E. Fordyce. Ten se opakovaně (především u pacientů s chronickými bolestmi zad) zabýval vztahem mezi tělesným poškozením, utrpením a stupněm invalidity, kterou bolest přináší. Fordyce vznesl otázku, jestli je (a v případě, že ano, tak jaký) kauzální vztah mezi bolestí a utrpením. Byl přesvědčený, že prožitek utrpení a rozvoj bolestivého chování může vznikat z mnoha důvodů, ne vždy jen v důsledku onemocnění. Opakovaně prokázal, že odpočinek a inaktivita, které v časných fázích nemoci pomáhají k uzdravení, mohou být naopak u chronického onemocnění škodlivé (Fordyce, 1988). Z Fordycova modelu nemoci vychází například koncept vyhybavého chování.

3.1.3 Kognitivně-behaviorální teorie

Kognitivně – behaviorální přístup rozšiřuje původní popis chování v nemoci o pochopení myšlení, které tomuto jednání předchází. Zaměřuje se také na faktory, které nejvíce podmiňují rozvoj chronické bolesti a invalidity. Jsou to myšlenkové procesy (hodnocení bolesti, postoje a názory na bolest) a pak reálně uskutečněné kroky pro zvládnutí situace (Ramírez-Maestre et al., 2008). Obecnější teorií pro hodnocení a chování v problémové situaci je model sebeřízení (*self-regulatory model*). Zakládá se na představě člověka jako řešitele problému (nemoci). Fáze procesu sebeřízení jsou: interpretace problému a jeho smyslnosti, pokusy znovuobnovit rovnováhu (v našem případě uzdravit se, resp. docílit úlevy od bolesti) a nakonec fáze vyhodnocení- zpětné vazby, která je podstatná pro další postup (Křivohlavý, 2002).

3.1.4 Pojetí psychosomatické medicíny

Biopsychosociální model nemoci a zdraví vychází z předpokladu, že na vzniku a průběhu nemoci se mohou podílet různé rizikové faktory, a dále i faktory, které samy o sobě rizikové nejsou - například pohlaví, etnická příslušnost apod. (Šimek & Šavlík, 1993). Z pohledu psychosomatické medicíny některá onemocnění vznikají jako důsledek nepříznivého vývoje psychického stavu a sociálních faktorů v interakci s nároky prostředí (Raudenská, 2004).

Při úvaze, zda nemoc má významný psychosomatický základ, je potřeba, aby naplňovala alespoň jedno z těchto kritérií:

- 1) příčina nemoci souvisí s předchozími náročnými psychologickými událostmi
- 2) průběh nemoci je závislý na psychologických faktorech
- 3) konkrétním klinickým příznakům odpovídající psychologický příznaky
- 4) příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo trvají nepřiměřeně dlouhou dobu (Raudenská, 2004; Šimek & Šavlík, 1993).

Psychosomatická medicína pracuje mmj. s konceptem obraných mechanismů, jako je popření vnitřního psychického konfliktu nebo somatizace. Tento jev se objevuje především tehdy, pokud člověk nezvládá vyrovnávat nároky vnějšího a vnitřního prostředí. Prožitek distresu (bude popsán dále) následují pocity úzkosti, bezmoci. Lidé se sklony k somatizaci

mají tendenci zvýšeně pozorovat tělesné pocity, intenzivněji je prožívat, a připisovat jim neodpovídající význam v podobě rozvoje nemoci (Chromý, 2005). Převedení psychického strádání do podoby somatických příznaků je zcela nevědomé, jeho účelem je odvrátit případnou další hrozbu-v řešení situace jsou však obranné mechanismy zcela neefektivní. Odvracejí totiž pozornost od skutečného problému ke steskům na tělesný stav a k pozorování fyzické bolesti (Monsen & Havik, 2001). Většina konverzních poruch tohoto typu se dnes řadí pod společný název somatoformní poruchy, někdy pod obecnější název *abnormal illness behavior*. Mezi typické projevy tedy patří strach z nemoci, připisování běžných tělesných pocitů nemoci, intenzivní vyhledávání pomoci, katastrofické tendence, vyšší míra invalidity (Chromý, 2005). Některé z těchto projevů se objevují i u pacientů s chronickými bolestmi a budeme se jim dále věnovat.

Bolesti jako nepříjemný prožitek, pro který se nenajde odpovídající somatický nález, se pravidelně objevují například u pacientů s neurotickými poruchami nebo s poruchami osobnosti, výskyt neurotických poruch přitom s věkem spíše roste (Monsen & Havik, 2001). U pacientů s chronickými bolestmi a jasným somatickým nálezem se však může psychosomatický aspekt nemoci projevit také, a to především tam, kde existovala již premorbidní osobní dispozice jedince k somatizaci. Baštecký (1993) a další autoři zdůrazňují, že u jedné diagnózy se mohou příčiny různit. Vedle sebe je tak možné potkat pacienty s výraznou psychosociální patologií, která nemoc ovlivňuje a pacienty, u kterých psychosociální faktory na nemoc nemají zásadní vliv.

Předpokládá se, že pokud je bolest sekundární příznak psychického distresu a je brzy rozpoznána, pak po vhodné léčbě ustane i bolest. Tento přístup se dá uplatnit především u případů chronické bolesti, kde je výrazná psychogenní komponenta - typicky například u syndromu dráždivého tračníku, bronchiálního astmatu nebo u vertebrogenního algického syndromu (Knotek, 1994; Šimek, 1994).

3.2 Hodnocení bolesti

Osobní dispozice, předchozí zkušenost s řešením stresu, pocit osobní pohody nebo invalidita. To vše se promítá do hodnocení bolesti a přesvědčení o schopnosti ji a její důsledky zvládnout. Kognitivní hodnocení bolesti pak poukazuje na „*kontinuální způsob*,

kterým jedinci vymezují a hodnotí vztahy mezi sebou a prostředím, a stejně tak význam na prožívání osobní pohody“ (Ramírez-Maestre et al., 2008, s. 754).

Dnes již klasická práce H. K. Beechera z roku 1959 ukázala, že na prožitek bolesti má značný vliv situační kontext (Melzack, 1973). Vojáci, kteří byli zraněni ve 2. světové válce, snášeli bolest mnohem lépe než nemocní operovaní po úraze nebo nehodě. Ti první bolest příliš nevnímali, převládajícím pocitem byla úleva a radost, že se dostanou z vražedných bojů domů. Ti druhí si stěžovali, že jsou odtrženi od rodin a podrobování nepříjemným procedurám, a často v nemocnicích strádali. Práh bolesti a tolerance k bolesti se tedy vlivem úzkosti a stresu mohou posouvat v obou směrech (Jakoubek & Tondlová, 1993).

Podle kritérií Lazaruse a Folkmanové může být i bolest - jako stresující podnět - hodnocena jako poškozující, ohrožující nebo vyzývající k řešení (Lazarus & Folkman, 1980). Křivohlavý zdůrazňuje, že interpretace nemoci se vždy zakládá na vnímání tělesných příznaků, a zároveň na sociální komunikaci – tedy verbálních i neverbálních sdělení, která pacientovi poskytuje jeho blízké okolí, lékař, nebo spolupracovníci. Hodnocení a osobní přesvědčení o nemoci jsou předpoklady pro motivaci nemocného k aktivitě, a zcela zásadně ovlivňují jeho emoční stav (Křivohlavý, 2002).

3.2.1 Katastrofické myšlení

Jde o kognitivní proces hodnocení a anticipace bolesti, který se pojí s negativními myšlenkami a pocity. Patří mezi ně zvýšená percepce intenzity bolesti, ruminační myšlenky, úzkost, hostilita, pesimismus, a na ně navazující bezmocné chování (Sullivan et al., 2001). Katastrofické tendence se objevují častěji u osob s neurotickými rysy (Ramírez-Maestre et al., 2004; Haythornthwaite, 2009). Na centrální úrovni se při těchto tendencích zvýšeně aktivuje prefrontální kortex, gyrus cinguli a inzula, což jsou oblasti, které nejvíce zodpovídají za afektivně-motivační komponentu prožitku bolesti (Edwards et al., 2005).

Jedním z projevů katastrofických tendencí je tzv. syndrom bezmoci a beznaděje (*hopelessness-helplessness*), který odpovídá způsobu myšlení u naučené bezmoci A. Bandury. Hlavní charakteristickou tohoto syndromu jsou pocity beznaděje a ztráty schopnosti řešit situace, pocity ohrožení a frustrace ve vztahu k ostatním lidem i ke

společnosti, ztráta životní kontinuity ve smyslu cílů, plánování nebo naděje a tendence neustále se vracet k negativním zážitkům z minulosti. Zároveň s tím se omezují veškeré aktivity jedince (Baštecký et al., 1993; Sullivan et al., 2001). Řeči typu „Nic už nezvládnou“ se mohou stát ústředním tématem většiny hovorů s nemocným (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Knotek, 1994).

Katastrofické myšlenky se však pojí nejvíce se situační úzkostí, vztekem nebo smutkem. U chronické bolesti často vzniká bludný kruh – pacient prožívá negativní emoce, jako jsou úzkost, hostilita a deprese (Knotek, 1994; Křivohlavý, 2002). Keefová (2004) dokonce předpokládá, že tendence ke katastrofizaci jsou přímým prediktorem pro rozvoj deprese. Negativní emoce narušují psychický stav a podporují interpretaci neutrálních podnětů jako škodlivých, ohrožujících a bezvýchodných. Díky anticipaci poškození pak může být i mírně bolestivý podnět vnímán jako silně stresující (Epstein & Katz, 1992). Rozvíjí se hypervigilance – zvýšená pozornost člověka k symptomům potíží, ať už stávajícím nebo anticipovaným. Zvyšuje se tendence agravovat a poměřovat svoje potíže s ostatními lidmi.

Severeijns s kolegy navrhli schematický model katastrofických tendencí, který obsahuje čtyři komponenty:

- 1) osobní názory a postoje (schémata, myšlenky a představy)
- 2) primární hodnocení – subjektivně vnímaná pravděpodobnost ohrožení
- 3) sekundární hodnocení - pocit bezmoci a omezené kompetence ke zvládnutí a pak
- 4) coping – tedy proces zvládnutí (Severeijns et al., 2004).

Pokud je bolest vnímána jako vysoce ohrožující a důvěra ve schopnost ji zvládnout je nízká, je pocit ohrožení vysoký. Dostavují se pocity bezmoci, zvyšuje se úzkost a obavy. Jedinec nedokáže realisticky posoudit, zda má možnosti s bolestmi bojovat a jakéhokoliv řešení se vzdává. Nejčastějším důsledkem je pak vyhýbavé chování nebo rezignace na jakékoliv řešení (Vlaeyen & Linton, 2000).

Katastrofické tendence jsou někdy řazeny do Obecného modelu copingu (*Communal coping model*). Ten je založen na předpokladu, že jde o kombinaci copingové strategie myšlení a chování, přičemž obojí slouží k získání sociální a emoční opory (Sullivan et al., 2001).

3.2.2 Stigmatizace

Stigmatizace a neochota přijmout nemocného s jeho bolestmi, ať už je jasně deklarovaná nebo jen předpokládána, je velmi častým problémem. Někdy jde o skutečné odmítání až averzi ze strany pečujících osob. Pacienti mohou zažívat skrytou nebo i otevřenou stigmatizaci ve smyslu „*hodnocení jedince ostatními podle nežádoucího, odmítajícího stereotypu namísto akceptovaného, normálního stereotypu*“ (Slade, Mollow & Keating, 2009b, s. 146), přičemž odmítavé reakce se mohou objevovat v kterémkoliv prostředí, kde se nemocný pohybuje. Časté reakce jsou takové, že bolesti se dají ovládat anebo na ně, vzhledem k svému stavu, ani člověk nemá právo (tamtéž). Jindy se pocit, že je člověk odsuzován a stigmatizován, utváří především na základě emočních změn a anticipačních obav nemocného z odmítnutí (Knotek, 1994).

Lidé, kteří mají pocit, že jsou se svojí nemocí osamoceni, se podle své povahy izolují od společnosti anebo zvýší úsilí, aby dosáhli očekávané podpory. Nezřídka požadují další a další vyšetření s odůvodněním, že byla jejich diagnóza stanovena nesprávně, zvyšuje se u nich míra funkčního postižení a neochota docházet na rehabilitaci. Důvodem jsou nejspíše pocity viny, studu a rozpaků, které vedou v nejhorším případě k depresím, katastrofickým myšlenkám a dlouhodobé invaliditě (Slade et al., 2009a).

3.3 Chronická bolest a stres

Chronické onemocnění vede k nadměrné zátěži člověka a omezuje jej v jeho činnostech i plánech. Zákonitě se dostavují pocity vyčerpání, frustrace a distresu. Člověk je pak nucen těmto stavům čelit, a to především různými zvládacími strategiemi, které se naučil v průběhu života, anebo-jako v případě chronické bolesti-musí vyvinout značné úsilí a naučit se strategiím novým.

3.3.1 Frustrace, stres a zvládání zátěže

Jako frustraci označujeme „*stav organismu, ke kterému dojde při dočasné či trvalé překážce v uspokojování potřeb, v dosažení cíle motivovaného chování. Frustrovány mohou být potřeby jak fyziologické, tak sociální...*“ (Höschl & Šimek, 1993, s.42). Frustrace potřeb tedy patří k nutným podmínkám rozvoje člověka, a sama o sobě

nevyvolává výraznou hormonální nerovnováhu v těle. Epstein a Katzová (1992) používají pro frustrující situace termín *productive load*. Ten charakterizuje vyhledávání anebo přijímání nepříjemných situací nebo stavů jako výzvy ke změně. Pokud jedinec začne zkoušet nové strategie zvládnání, posiluje se tím jeho sebevědomí a pocit kompetence.

Stres je naproti tomu faktorem, který rovnováhu organismu narušuje a stresová reakce je pak stereotypní fyziologickou odezvou autonomního nervového systému a osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky na situaci akutního stresu. Jednu z možných definic stresu navrhli Jakoubek a Tondlová (1994, s. 307):

„integrovaný soubor celulárních, tkáňových, orgánových a psychických změn, jejichž cílem je nastolení nové rovnováhy organismu...a zvyšuje pravděpodobnost jeho přežití, uspokojení jeho potřeb nebo zachování druhu“.

Za stresor můžeme považovat takový podnět, který narušuje fyzickou nebo psychickou rovnováhu jedince, ohrožuje jej nebo jej omezuje v dosahování jeho potřeb (Kebza, 2005).

Standardně se v literatuře objevují pojmy eustres a distres. Distres lze definovat jako *„psychologický stres, typicky se projevující jako kombinace deprese a úzkosti“* (Clauw & Ablin, 2009, s. 246). Eustres významově více odpovídá frustraci a pojí se naopak s pocitem kontroly nad situací, a převážně s příjemnými pocity po odeznění stresujícího podnětu (Kebza, 2005).

U některých skupin v populaci jsou vyšší rizika rozvoje nemoci, invalidity, mortality a právě psychologického distresu. Faktory, které se na tom podílejí, jsou především: ženské pohlaví; adolescent, respektive vyšší věk; etnická menšina, bez partnerského vztahu; nízké vzdělání a příjem, případně dělnická profese jako součásti tzv. socioekonomického statusu; špatný zdravotní stav (Thoits, 1995; Kebza, 2005). Z dalších jsou to osobnostní predispozice jako je otevřenost ke změnám, extraverte a užívání proaktivního copingu, jehož popis je součástí této kapitoly.

Akutní stres, který se podaří zvládnout a překonat, a po kterém může nastoupit zasloužený odpočinek a regenerace organismu, může posilovat odolnost a sebevědomí jedince.

Naopak dlouhodobý, chronický stres zhoršuje funkci imunitního systému, a celkově

přispívá k vyšší náchylnosti jedince k onemocnění (Kebza, 2005). Následky dlouhodobého stresu se mohou projevit i po mnoha letech. Například pokud dojde v dětském věku k psychickému traumatu (autonehoda, smrt blízké osoby apod.), je až dvakrát vyšší pravděpodobnost oproti populaci bez takové zkušenosti, že během života dojde k rozvinutí chronického bolestivého stavu (Clauw & Ablin, 2009).

Vidíme zde tedy, že frustrace a stres mají společné prvky ve formě přechodného či trvalého omezení dosahování potřeb, které nutí jedince ke změnám. U frustrace se však obvykle nedostavují pocity strachu, ohrožení, případně úzkosti, které se v prožívání stresu objevují v určité míře vždy. U pacientů s chronickými bolestivými stavy navíc velmi často dochází k interakci následků nemoci, nepříznivých životních změn a předchozích psychických potíží (Knotek, 1994).

Zvládání zátěže (*coping*) je definováno jako „*snaha upravit myšlení a chování s cílem ovládnout, tolerovat nebo snížit vnější a vnitřní požadavky, a konflikty mezi nimi*“ (Folkman & Lazarus, 1980, s. 223). Způsoby zvládání je tedy třeba hodnotit s ohledem na aktuální situaci a na celkový psychický stav člověka. Nadále užívám střídavě oba pojmy (zvládání zátěže a coping, copingové strategie), a to především ve snaze o plynulejší průběh textu.

3.3.2 Kognitivní teorie stresu

Tento koncept Richarda Lazaruse a Susan Folkmanové (jindy nazývaný transakční teorie stresu), byl poprvé uveřejněn v roce 1984 v knize *Stress, Appraisal and Coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Proces kognitivního zhodnocení a reakce na zátěžovou situaci obsahuje tři komponenty:

- **Osobní názory a přesvědčení (*Personal beliefs*)** jsou prediktorem hodnocení zátěžové situace. Osobnostní dispozice se významně podílejí na pocitu kontroly a ovládnutím situace.
- **Hodnocení (*Appraisal*)** bylo popsáno již výše. Po primárním hodnocení situace z hlediska ohrožení nastupuje hodnocení dostupných zdrojů a možností zvládání- sekundární hodnocení.
- **Zvládání (*Coping*)** je pak výslednou odpovědí na sekundární hodnocení stresu (Lazarus & Folkman, 1984).

Autoři zdůrazňují rozdíl mezi copingem – což jsou především myšlenkové procesy hodnocení a rozhodování, a chováním v nemoci, které je až důsledkem takového rozhodnutí.

Lazarus a Folkmanová navrhli tyto dvě strategie zvládání zátěže:

- **Zvládání zaměřené na problém** (*problem-focused coping*) je zhodnocení situace jako problému k řešení a využíván více v situacích, kdy lze zasáhnout a řešit a úzce souvisí s pozitivním přehodnocením zátěžové situace.
- **Zvládání zaměřené na emoce** (*emotion-focused coping*) je pak způsobem, jak zmírnit negativní emoce a distres v situacích, které nemáme plně pod kontrolou a se kterými se spíše musíme smířit (Folkman & Lazarus, 1980).

Lidé, kteří prožívají život jako spokojený, umějí častěji přetransformovat negativní zážitek ve zkušenost, která přináší obohacení a potvrzení jejich schopnosti zvládnout zátěž. Tito lidé tedy využívají častěji zvládání zaměřené na problém/proces (Lazarus & Folkman, 1984). Určité potíže očekávají a využívají více na problém zaměřený coping k dosažení úspěchu a řešení situace. Pokud není možné obtíže zcela překonat a podmínky změnit, pak tito lidé kladou větší důraz na aktivity, které podporují zdraví a investují energii, čas a sebe sama do jiných aktivit, které jim přinesou radost (Thoits, 2006; Greenglass & Fiksenbaum, 2009).

Ne každý ovšem dovede rozlišit, zda má či nemá možnosti situaci ovlivnit (Roussi, 2002). U chronického stresu a špatně zvládaných bolestivých stavů častěji pozorujeme příklon k strategii zvládání zaměřené na emoce. Rozdíly mezi muži a ženami přitom nejsou nijak výrazné (Pearlin & Schooler, 1978; Folkman & Lazarus, 1980).

Zvládání zaměřené na smysl popsala Folkmanová jako další z hlavních strategií (Folkman, 2008). Tento typ není tolik závislý na konkrétní situaci. Souvisí více s revidováním a doplňováním znalostí a informací o dané problematice. Smyslem je myšlena například chuť a schopnost plánovat nadále vlastní život, přičemž většinou nejprve dojde k úpravě hodnot a životních cílů. Obecně tedy k tomu, aby si člověk udržel schopnost zvládnout náročnou situaci a taktéž, aby si udržel určitou životní pohodu.

3.3.3 Hierarchický model faktorů zvládání

Tento třístupňový model vytvořili Tobin, Holroyd, Reynolds a Wigal (1989), a v podstatě se jedná o rozšíření dvou hlavních faktorů zvládání (problém nebo emoce) do tří úrovní. Terciární úroveň obsahuje příklonové nebo odklonové strategie. Příklonová strategie je taková, kdy člověk situaci aktivně hodnotí a pokouší se jí čelit a řešit. Odklonová pak taková, kdy se myšlenkám na situaci nebo lidem s ní spojeným vyhýbá. Může dojít až k sociální izolaci.

Na sekundární a terciární úrovni se tyto strategie dále dělí až do osmi podskupin. Strategie zvládání zaměřené na problém jsou příklonové - Řešení problému a Kognitivní restrukturační, a odklonové - Vyhýbání se problému a Fantazijní únik.

Naopak strategie zvládání orientované na emoce jsou zaměřené na dovednost vyjádřit svoje pocity a potřebu a možnost získat sociální oporu.

3.3.4 Proaktivní coping

Proaktivní (adaptivní, na cíl zaměřený) coping rozšiřuje původní koncept zvládání, který vycházel z předpokladu reakce organismu pro zmírnění negativních stránky distresu (ten nazývá „reaktivní coping“). Tento model navrhli Ralf Schwarzer a Steffen Taubert (2002), od té doby však byl několikrát doplněn a rozšířen.

Dříve využívané pojmy aktivní a pasivní coping byl předmětem mnoha prací a bylo popsáno mnoho způsobů aktivního zvládání, přičemž aktivní coping zhruba odpovídal zvládání zaměřenému na problém, pasivní coping byl, ne překvapivě, definován různorodě a někteří autoři jej neuznávají jako zvládací strategii vůbec (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Teorie proaktivního copingu se zaměřuje na aspekty, které lidi posilují při zátěžových situacích. Jde především o dovednosti využívat kladné podněty a zkušenosti, a zároveň se připravit na nepříjemné a zatěžující situace v budoucnu. Na rozdíl od kognitivní teorie stresu, která předpokládá, že lidé obvykle využívají střídavě všechny typy copingu, zde jde více o dispoziční přístup. Proaktivní zvládání je výsledkem způsobu osobního přesvědčení, hodnocení a aktivit, které lidé mají dříve, než nastane zátěžová událost. Vývoj událostí

není považován za otázku náhody nebo štěstí. Člověk využívající proaktivní coping nespolehá na zásah vyšších sil nebo jen na pomoc přátel, usiluje sám o znovuzískání kontroly nad vývojem situace (Roesch et al., 2009; Hambrick & McCord, 2010). Proaktivní coping zahrnuje mimo jiné dovednosti jedince, jako je orientace na cíl, stimulace myšlení nebo organizace a plánování aktivit. Často se uvádí spojitost s osobní pohodou a self-efficacy (Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006; Ruiselová & Prokopčáková, 2010), oba termíny budou popsány později. Jako klíčové faktory proaktivního copingu se uvádí: logická analýza a řešení problému, sociální opora a vyhýbání se (Roesch et al., 2009). Velice obecně se pak dá říct, že proaktivní coping můžeme častěji pozorovat u jedinců, kteří náročné situace sami v určité míře vyhledávají, a jejich zvládnutím posilují svoje sebevědomí a nezdolnost pro případné náročné události (Greenglass & Fiksenbaum, 2009).

Specifika proaktivního copingu:

- Vyšší self-efficacy
 - Interní locus of control
 - Akutní bolest jako řešitelný problém
 - Schopnost získat praktickou i emoční sociální oporu
 - Méně časté intenzivní bolesti
 - Nižší výskyt depresivních symptomů, funkčních poruch a invalidity
- (Roesch et al., 2009).

Při nedostatku proaktivního copingu nastupují pasivní způsoby zvládání (například vyhýbavé chování). Spojují s nimi tyto projevy:

- Vyšší výskyt depresivních symptomů
 - Více stížností na intenzitu a frekvenci bolestí
 - Bolest je vnímána více jako ohrožení než výzva k řešení
 - Pocitů křivdy a hledání „viníka“
 - Rychlý nástup bolestí po začátku pohybové aktivity
 - Neustále sebepozorování až hypochondrie
 - Neschopnosti plánovat s ohledem na možné překážky
 - Více funkčních omezení a zhoršování invalidity
- (Brown & Nicassio, 1987; Ramírez-Maestre et al., 2008).

Výše uvedená specifika a dělení samozřejmě nemají absolutní platnost. Aktivní způsob řešení a zvládání někdy může nemocného dovést až k zcela nevhodným způsobům jednání pro úlevu od bolesti. Naopak pasivní až vyhýbavý přístup k vyrovnání se s bolestí může pouze poukazovat na sbírání sil k dalšímu boji s nemocí (Křivohlavý, 2002). Pokud je situace obtížně ovlivnitelná, ukazuje se jako vhodný přístup akceptace a přerámování (Roussi, 2002). Jeden způsob zvládání také obvykle v rámci měnících se okolností přechází v jiný. Problematický stav přichází tehdy, kdy převládne pasivita anebo přímo dojde k rezignaci na jakoukoliv formu zvládání.

3.3.5 Strategie zvládání v dotaznících

Součástí výzkumů bylo a je dodnes nejen popsat strategie zvládání (kterých mohou být až desítky), ale také vytvořit nástroj pro jejich hodnocení a měření (kterých je minimálně stejný počet). Uvádíme zde dva dotazníky, na kterých chceme ukázat různorost a pestrost copingových strategií - *Coping Strategies Questionnaire* a *COPE*.

CSQ - The *Coping Strategies Questionnaire* (Rosenstiel & Keefe, 1983) je dnes snad nejznámějším dotazníkem zvládacích strategií. Standardizace dotazníku byla prováděna mimo jiné u pacientů s chronickými bolestmi zad. Původní dotazník obsahuje celkem 8 subškál - šest pro kognitivní strategie a dvě pro strategii chování.

Tyto škály jsou:

Kognitivní

- Rozptýlení pozornosti
- Přehlížení pocitů bolesti
- Přehodnocení bolestivých podnětů
- Katastrofizace
- Modlitby a Naděje
- Odvracení pozornosti
- Sebeujišťování o zvládání

Behaviorální

- Zvýšení úrovně aktivity
- Zvýšení bolestivého chování

Swartzmanová s kolegy později provedla faktorovou analýzu dotazníku a snížila původní počet z osmi subškál na pět: 1) Rozptýlení (které zahrnuje Odvracení pozornosti a Zvýšení úrovně aktivity), 2) Přehlížení bolestivých pocitů, 3) Přehodnocení bolestivých pocitů, 4) Katastrofizace a 5) Modlitby a naděje (Swartzman, Gwadry, Shapiro & Teasell, 1994).

Zajímavé dělení copingových strategií pak přinesli Carver, Scheier a Weintraub, kteří vytvořili dotazník **COPE** (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) Následuje stručný popis, některé strategie (především strategie zaměřené na emoční zvládání) si popíšeme blíže a zkusíme je zkonfrontovat s dalšími studiemi.

Na problém zaměřený coping:

- Aktivní coping je proces kroků, které vedou k odstranění nebo zmírnění dopadu stresu. V podstatě odpovídá strategii na problém zaměřeného copingu.
- Plánování je myšlenkový proces, který umožňuje plánovat jednotlivé kroky v čase tak, aby bylo dosaženo kýženého cíle.
- Potlačení aktivit, které odvádějí pozornost od řešení potíží
- Zdrženlivost je typem strategie, která může být aktivní (vyčkávání na vhodnou podporu nebo zdroj copingu) i pasivní (protože člověk nečiní nic pro to, aby se stresujícího podnětu zbavil)
- Vyhledávání sociální opory z praktických důvodů, ať už jde o pomoc v domácnosti nebo o předepsání léků.

Na emoce zaměřený coping:

- Vyhledávání sociální opory z emocionálních důvodů. Může jít o efektivní strategii, pokud se člověk ujistí o tom, že pomoc je nablízku, a tím je schopen začít situaci řešit. V případě, že je tato strategie užívána pouze pro ventilaci emocí, jde spíše o pasivní způsob zvládání
- Soustředění se na emoce a projevování emocí. Je prokázáno, že ženy využívají tento způsob více než muži. Tento jev byl pozorován i u dospělých, pravděpodobně jako důsledek naučeného chování – plačícím dívkám bývá věnována větší pozornost než chlapcům, snad proto, že je u nich projevování emocí čitelnější (Weisenberg, 1977). Může se jednat o aktivní adaptaci pro získání sociální opory-ženy obecně získávají více

péče a pozornost jako samozřejmost, zatímco muži musí být více iniciativní k dosažení stejné péče. Ne vždy je však tento rozdíl pozorován (Greenglass et al., 2006). Domníváme se, že vliv mohou mít i zažitá kulturní stereotypy ve výchově dětí (například ‚Muži musí bolest vydržet nebo ‘Ženy jsou silné a fňukáním jen chtějí upoutat pozornost.’).

- Odpoutání se je způsob zvládání, kdy je pozornost aktivně zaměřovaná na jiné činnosti a myšlenky než je bolest. Dalšími body této strategie jsou reinterpretace bolestivého podnětu a zvýšení aktivity (Edwards et al., 2005). Odpoutání se lze rozdělit na odpoutání se myšlením a odpoutání se změnou chování. Na úrovni chování dochází k omezení aktivit, především těch, které vedou ke zvýšení stresové reakce. Jde tedy spíše o pasivnější zvládání, protože zde chybí motivace a prostor pro řešení nepříznivé situace.
- Pozitivní přehodnocení a růst. Jde například o přejmenování bolesti na zvýšený tlak, přijetí nástupu bolesti jako situace hodné řešení a vytváření pozitivního sebeobrazu (‚Zvládnou to!’). Dysvik et al. (2005) pozorovali, že hodnocení stresové situace jako výzvy se více vztahuje ke zvládání orientovanému na problém, zatímco hodnocení téhož jako hrozby bylo spíše ve vztahu k na emoce zaměřenému zvládání. Symptomy deprese, pocity křivdy a zmatku se častěji vyskytují u lidí, kteří využívají k řešení situace přístup přes emoce. Lidé s nízkým sebevědomím jsou také více zranitelní. Naopak u pacientů zaměřujících se na řešení potíží se více ukazoval potenciál k růstu a zvládnutí nemoci (Ramírez-Maestre et al., 2008).
- Popření. Snaha popřít, že stresující situace existuje, a to jak na úrovni myšlení, tak na úrovni chování. U chronické bolesti bude tato strategie využívána spíše sporadicky.
- Akceptace. Lidé s pozitivně laděnou osobností ve smyslu radosti z dosahování cílů, otevřenosti ke změnám, se schopností radovat se z maličkostí, obvykle mívají vyšší schopnost zvládnout náročné situace (Cui, Matsushima, Aso, Masuda & Makita, 2009; Hambrick & McCord, 2010), a také vyšší toleranci k bolestivým prožitkům (Weisenberg, Tepper & Schwarzwald, 1995).

- Obracení se k víře. Je sporné, nakolik a jak religiozita a spiritualita ovlivňuje percepci bolesti. Zdá se však, že pokud dojde u nemocného k hodnocení bolesti jako výzvy k růstu a změně, dojde k určité úlevě. Jedna ze subškál dotazníku CSQ – Modlitby a Naděje má významný vztah ke schopnosti odpoutání se od problémové situace a pozitivně koreluje s intenzitou bolesti (Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005). U věřících nemocných můžeme častěji pozorovat vnitřní *locus of control*, a taktéž častěji deklarované pocity vnitřního klidu a vyrovnanosti (Büssing et al., 2009; Sullivan et al., 2001).

3.4 Další faktory, které ovlivňují zvládání zátěže

V této části uvedeme stručný přehled některých pojmů, které jsou často dávány do souvislosti s chronickou nemocí a ovlivňují její zvládání. Většina z nich spadá pod oblast psychologie zdraví a kromě pocitu osobní pohody jde o osobní dispozice, respektive dovednosti zvládat náročné a obtížné situace v životě.

3.4.1 Resilience

Resilience - odolnost vůči zátěži - je osobní dispozicí jedince, která napovídá, nakolik je schopen rozvíjet se a vyzrávat za nepříznivých životních podmínek. Případně jak rychle bude schopen zotavit se z neúspěchu (Kebza & Šolcová, 2008). Resilience vychází z různých přístupů ke zdraví a nemoci, kterými jsou například smysl pro soudržnost (*sense of coherence*) Aarona Antonovského nebo koncept odolnosti (*hardiness*) Suzanne Kobasové.

Právě Kobasová ve svém konceptu odolnosti popsala tři hlavní faktory resilience, které usnadňují adaptaci na náročné životní změny. Jsou to: a) pojetí situace jako výzvy, b) závazek a věrnost určitým osobním zásadám a předpokladům, a c) pocit kontroly nad situací (Kobasa, 1979). Lidé s vyšší mírou odolnosti vykazují tyto obecné charakteristiky: důvěru v možnosti ovlivnit události ve svém životě a kontrolovat svoje prožívání, odpovědnost vůči sobě a svému okolí, anticipaci změn jako pozitivní příležitosti, výzvy k dalšímu rozvoji (tamtéž). Lidé s nižší mírou odolnosti ve velkém stresu ztrácejí pocit kontroly nad situací, přestávají vyhledávat nové způsoby řešení (příčemž mívají nižší škálu zvládacích strategií již před onemocněním) a stávají se pasivními.

Dnes je vymezení osobní odolnosti širší, zahrnuje více modelů a obecně se nazývá resilience (např. Ruiselová & Prokopčáková, 2010). Faktory, které odolnost ovlivňují, se nazývají například adaptační nebo zátěžová kapacita, anebo všeobecně zdroje zvládání (*coping resources*). Dalšími zdroji pro vyšší odolnost jsou pak příznivé sociální a zdravotní podmínky (Kebza & Šolcová, 2008). Vždy je třeba mít na paměti, že jde o neustálou interakci osobních charakteristik a vlivů prostředí, včetně příležitostí, které se mu člověku dostávají.

3.4.2 Self-efficacy

Vnímaná self-efficacy je přesvědčení, že jedinec má schopnosti a dovede dosáhnout požadovaného cíle pomocí určitého chování. Tento koncept Alberta Bandury ovlivňuje člověka v oblastech hodnocení a rozhodování, emocí a nálady a chování. Na rovině myšlení vede vyšší self-efficacy k vyhledávání výzev, očekávání vyšších dosažených cílů a vytváření osobních závazků k jejich naplnění. Na rovině motivace jde o vložené úsilí a snahu naplnit stanovený cíl, perzistenci - vytrvalost, a odolnost vůči nepříznivým okolnostem (Bandura, 1993; Bandura, 2007).

Lidé s nízkou self-efficacy jsou obecně zranitelnější, mají tendenci neúspěchy zveličovat a dlouho prožívat, zároveň jsou méně vytrvalí a zátěži se spíše vyhýbají. Lidé s vyšší vnímanou osobní účinností dovedou nepříjemné a zúzkostňující myšlenky snáze zahnat, a dokáží vytrvat i přes opakovaný nezdar. V oblasti chování platí, že lidé s vyšším self-efficacy obvykle umějí lépe využívat podporu svého okolí (například v případě dlouhodobého onemocnění), dovedou se uvolnit, snáze se koncentrují a umějí se i zklidnit a odpočívat (Bandura, 1993).

Lidé s bolestmi, kteří mají nízkou self-efficacy jsou náchylnější k frustraci, chybí jim vytrvalost, a mají potíže dodržovat léčebný režim. Důvodem bývá přesvědčení, že nemají potřebné schopnosti a dovednosti, aby dokázali změnit svoje chování v souladu s doporučením zdravotníků (DeGood & Shutty, 1992).

3.4.3 Locus of control

Termín *locus of control* (dále jen LOC) neboli místo řízení zavedl do odborné terminologie Julian Rotter. Označuje způsob, jak lidé hodnotí různorodé události v životě, resp. zda

považují dosažení cíle za otázku náhody nebo vlastních schopností a dovedností (Rotter & Mulry, 1965). Lidé, kteří při hodnocení situace vnímají jako rozhodující náhodu, osud, respektive přisuzují pravděpodobnost vývoje situace více vnějším okolnostem, se rozhodují spíše pod vlivem externího místa řízení. Lidé, kteří dávají do popředí hodnocení situace vlastní schopnosti a dovednosti pro řešení, nazývají Rotter a Mulry internalisty, neboli osobami s vnitřním LOC.

U chronické bolesti se LOC vztahuje především k jejímu kognitivnímu hodnocení - pocitu kontroly nad vlastním zdravím, respektive přesvědčení, že je možné zdravotní stav změnit nebo akceptovat. Lidé zvládají bolesti lépe, pokud přistupují k situaci s určitým sebevědomím a s důvěrou, že její intenzitu a průběh mohou kontrolovat, případně nějakým způsobem pozitivně ovlivnit (např. Rotter & Mulry, 1965; Weisenberg, 1977).

3.4.4 Neuroticismus

Neuroticismus je jedna z dimenzí osobnosti, „*s tendencí prožívat negativistické, distresující emoce a vykazovat odpovídající rysy myšlení a chování*“ (Costa & McCrae, 1987, s. 301). Mezi typické znaky se řadí zvýšená iritabilita, nízká sebedůvěra, nadměrné obavy nebo pocity bezmoci. Není tak překvapením, že u pacientů s vyšší mírou neuroticismu se rozvíjejí prožitky úzkosti a deprese a celkově jsou více zranitelní k zátěžovým situacím (tamtéž). Na opačném pólu jsou pak lidé emocionálně stabilní.

Neuroticismus bývá spojován s nižší tolerancí k bolesti, tendencemi sledovat fyziologické změny a dávat je do souvislosti s různorodými nemocemi, a někdy vede až k hypochondrii (Costa & McCrae, 1987). Pokud je spojen s introverzí (což je velmi časté), je pravděpodobnější, že člověk bude více trpět, ale neřekne si o pomoc. Naopak extraverte přispívá k lepší komunikaci o bolesti, a díky tomu například k lepší dostupnosti adekvátní léčby (Weisenberg, 1977; Ramírez-Maestre et al., 2004).

Lze soudit, že lidé s vyšší mírou introverze a neuroticismu budou využívat více svoje vlastní síly a dovednosti ke zvládání bolesti, které mohou být méně efektivní než přímo požádat o podporu a pomoc blízké nebo odborníky (Ramírez-Maestre et al., 2004). Jak neuroticismus, tak extraverte se vlivem věku postupně snižují, a pokud se stav nemoci

významně nezhoršuje, zvyšuje se zároveň i pocit bezpečí a osobní pohody (Hambrick & McCord, 2010).

3.4.5 Naučená bezmoc

Koncept naučené bezmoci nejlépe popsal americký psycholog Martin Seligman. Naučenou bezmoc lze popsat jako pocity ztráty motivace nebo jako útlum ve vyhledávání příjemných aktivit. Vnější podmínky jsou v očích zúčastněné osoby vnímány jako málo ovlivnitelné a kontrolovatelné, a možnost dosáhnout svého cíle je prakticky nedostupná. Objevuje se nepřiměřeně pasivní chování, i v případě, že je nepříjemná situace ojedinělá nebo ve chvíli, kdy se podmínky začnou vyvíjet příznivě. V tu dobu již není jedinec dále schopen napnout síly a sám situaci dál řešit (Peterson & Seligman, 1987).

U chronických bolestí se může tento faktor projevit jak na úrovni komunikace, tak na úrovni chování. Interpersonální vztahy se mohou postupně omezovat už jen na hovor o bolesti, což je pro okolí nemocného velmi frustrující. Nezřídka se stahuje do izolace s pocity viny a sebelítosti. Chování nemocného ostatní utvrzuje v tom, že se dostatečně nesnaží a jeho v představě, že je na všechno sám (Severeijns, Vlaeyen & van den Hout, 2004; Edwards et al., 2009).

Naučená bezmoc, pasivita a pesimismus jsou prediktory horšího průběhu nemocí, kvůli nezvládnutí dlouhodobého stresu a rezignaci na hledání alternativního přístupu k řešení. Ukazuje se, že naučená bezmoc se více objevuje tam, kde jsou u jedince osobnostní dispozice ke zvládnutí nižší, nepříznivé následky jsou spíše dlouhodobé a ovlivňují vícero aspektů života jedince (Kebza, 2005).

3.4.6 Osobní pohoda

Pojmem osobní pohoda (*well-being*) popisujeme subjektivní hodnocení kvality života, pocitů radosti, štěstí, blaženosti, které může člověk dosáhnout vlastní aktivitou a úsilím, stejně tak jakou souhrou náhod a štěstím (Kebza, 2005).

Každý člověk prožívá určité střídání klidu a zátěže. Dopad dlouhodobého napětí a stresu je pak mírnější, pokud má určité osobnostní a sociální charakteristiky. Nejčastěji se ve

studiích objevují tyto faktory: pocit kontroly nad životem (*mastery*), vysoká sebeúcta a anticipovaná nebo dosažitelná sociální opora (Pearlin et al., 1981; Kraaij, Garnefski & Maes, 2002). Pearlin a Schoolerová již v roce 1978 vysledovali, že dlouhodobý stres v pracovním a sociálním prostředí jedince vede k selhávání strategií zvládání a k rozvoji zdravotních potíží (Pearlin & Schooler, 1978). Ženy uvádějí nespokojenost se svým zdravím o něco častěji než muži (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef & Patijn, 2005).

Pocit životní pohody bývá chronickou nemocí vždy výrazně narušen. Je prokázáno, že čím vyšší je akutní i dlouhodobá intenzita bolesti, tím nižší kvalitu života pacienti udávají (Severeijns, Van den Hout, Vlaeyen & Picavet, 2002; Lamé et al., 2005). Důvodem jsou nejčastěji potíže se spánkem, omezení pohybových aktivit včetně samotného chození, narušení sociálních kontaktů, a nezhledně narušení partnerského a rodinného života (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).

3.5 Emoční prožívání bolesti

„Pacienti s chronickou bolestí jsou často frustrováni, mají projevy deprese a beznaděje, jejich způsob myšlení je negativistický a katastrofický.(...) Chronickou bolest nezhoubného původu často doprovázejí poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a libida, zácpa, přílišné zaujetí nemocí, změny osobnosti a pracovní neschopnost“ (Jarošová, 2002, s.12).

Tyto projevy chronické bolesti, z nichž většina byla již popsána výše, zákonitě způsobují různé emoční výkyvy, rozlady, a nezhledně vedou k závažnějším psychickým problémům. U většiny pacientů s chronickou bolestí přetrvává úzkostné, hostilní nebo depresivní afektivní ladění (Knotek, 2010). Strach jako přirozená reakce na akutní bolest se postupně proměňuje v úzkost a pozornost člověka je čím dál více odpoutávána od běžného života k pozorování tělesných procesů. S tím se zároveň zvyšuje pravděpodobnost, že se situace vyústí v projevy hypochondrie nebo v některou z neurotických poruch. Typicky dochází k potížím vyjadřovat pocity frustrace a agrese, jedinec je však prožívá jako neobvyklé tělesné vjemy. Procesy vlastního těla získávají pro jedince výrazné afektivní zabarvení, což vede k dalšímu pozorování, a v důsledku k jejich další dysfunkci (Poněšický, 2004).

Incidence psychických chorob je při chronických bolestech vysoká. McCreary (1983) ve dvou studiích ověřil, že u pacientů s funkční poruchou, tedy tam, kde je bolest důsledkem

poruchy neurotické nebo z okruhu psychotických poruch, jsou bolesti popisovány častěji jako velice živě, jejich intenzita je stabilně vysoká, a zasahují všechny běžné aktivity jedince. Deprese jako doprovodný symptom se však také objevuje často - až v 65% chronických bolestí zad, pánve a hrudníku, panická porucha pak třikrát častěji než u běžné populace (Katton & Sullivan, 1990, podle Knotek, 1994).

3.5.1 Úzkost a zlost

Úzkost se objevuje v souvislosti s dlouhodobými bolestmi téměř u každého. Na psychické úrovni se zvýšená tendence k úzkostným stavům pojí s nízkým self-efficacy a spíše pasivním zvládáním zátěže. Dalšími faktory, které mohou úzkost posilovat, je omezená dovednost přerátovat nepříznivě se vyvíjející situaci, a celkově neschopnost vyrovnat se s neúspěchem (Ruiselová & Prokopčáková, 2010). U některých nemocných působí dobře efekt placebo, tedy přesvědčení, že léky, které dostanou - bez ohledu na to, zda je lékař skutečně přesvědčen o účincích léčebné péče nebo ne - jim od bolesti uleví (Weisenberg, 1977). Pro zmírnění úzkosti se dnes využívají léky – anxiolytika, nicméně součástí rehabilitace chronické bolesti je i nácvik relaxace - oblíbený je například Schultzův autogenní trénink.

Janáčková zdůrazňuje nutnost počítat u nemocného s pocity frustrace, hněvu, nedůvěry, s pocitem nepochopení až odmítnutí-a to ve směru blízkých osob i zdravotnického personálu (Janáčková, 2007). Důvodem je jak proměňující se vnitřní emoční prožívání, tak objektivní omezení, například v pohybu, v práci a zájmových aktivitách. Stejně pocity se objevují i na straně pečujících osob, a je vhodné o nich mluvit (Poněšický, 2004).

3.5.2 Deprese

Deprese jsou nejčastěji se vyskytující psychickou komplikací u chronické bolesti. Obecně se vztahují k nízkému sebevědomí a ke zvládání zaměřenému na emoce Kraaij et al. (2002). U nemocných se vytváří bludný kruh emocí - v úzkosti anebo v depresi dochází k vyšší svalové tenzi, a k intenzivnějším bolestem, což opět posiluje pocity úzkosti a bezmocnosti. Příčinou je zvýšená aktivita limbického systému a somatosenzorické kůry mozku, což posiluje zaměření pozornosti na bolest a její vyhodnocování v kontextu předchozích zkušeností (Cui et al., 2009; Clauw & Ablin, 2009).

Je vždy potřeba pacienty informovat, a především rozvoji depresí předcházet. Součástí terapeutického plánu u osob náchylnějších k depresi by pak měla být i kognitivní restrukturační – posilování odolnosti proti stresu a podporování zvládání orientovaného na problém oproti emočnímu copingu, který depresi spíše posiluje (Dysvik, Natvig, Eikeland & Lindstrøm, 2005; Opavský, 2011).

3.5.3 Alexithymie

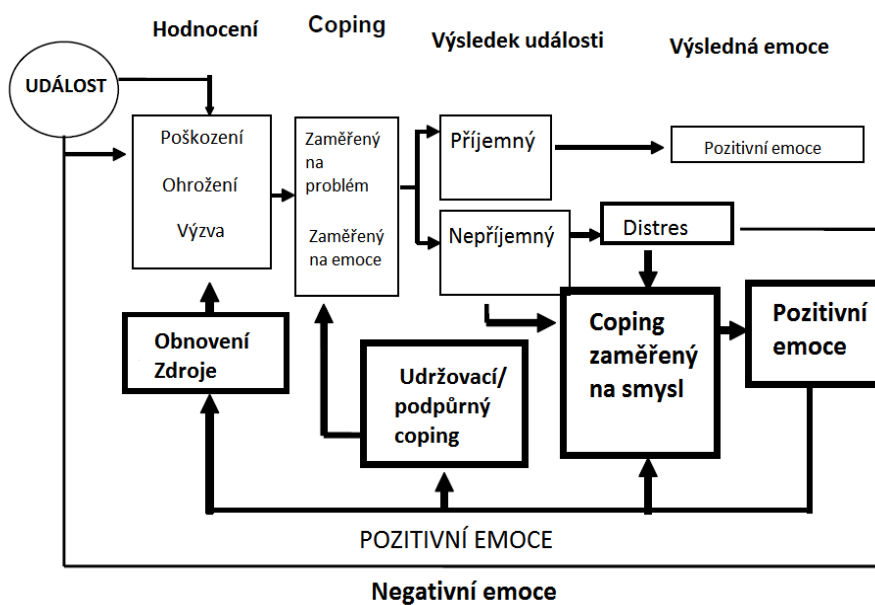
Alexithymie je určitý deficit ve schopnosti porozumět prožívání vlastních negativních emocí. Pacienti neumějí rozlišovat vlastní ani cizí nepříjemné pocity (někdy ani ty příjemné), stále však pocítují stav nepohody a nenaplněnosti. Jsou schopni dlouhodobě setrvávat v neuspokojivém prostředí i ve vztazích, kde mají obvykle tendenci k závislému chování). Jediným signálem psychické rozlady u pacienta s alexithymií je často bolest (Baštecký et al., 1993).

V kontaktu s okolím, např. s lékaři je komunikace obtížná, až nepříjemná. I v případě, že není nalezena fyziologická příčina obtíží, tvrdošíjně setravávají v pozici toho, kdo potřebuje vyléčit. Protože je však právě prožitek bolesti zcela individuální zkušeností, a protože tito lidé nezdá se mít další potíže (např. depresi), není vhodné jejich stížnosti zlehčovat, případně je odmítat. K pacientům s alexithymií se nejběžněji řadí ti s diagnózou okruhu somatoformních poruch (Šimek, 1994; Mrlinová, 2009).

3.5.4 Pozitivní emoce v procesu zvládání

Lazarus s Folkmanovou, v reakci na přesun zájmu od škodlivých k protektivním faktorům, revidovali původní transakční model zvládání stresu a doplnili jej o vliv pozitivních emocí. Těmi mohou být například životní optimismus, humor nebo schopnost prožívat intenzivní radost (Weisenberg et al., 1995). Folkmanová pak model zvládání upravila, a zároveň pojmenovala čtyři způsoby, jak schopnost udržet příjemné naladění podporuje vyrovnávání se s náročnými situacemi. Jsou to: Hledání a Připomínání pozitivních stránek, Vytváření adaptivních cílů a Přehodnocení priorit. Všechny tyto způsoby vedou k pocitu vyšší kontroly nad situací a celkově lepšímu zvládání zátěže (Folkman, 2008). Je však zároveň třeba zdůraznit, že všeobecný optimismus může vést až k všeobecnému přehlížení potíží – takový přístup pak spíše hraničí s psychopatologií (Greenglass & Fiksenbaum, 2009).

Emoční aspekt bolesti je zcela individuální, a může být zpevňován opakovanou nepříjemnou zkušeností. Jde o tzv. memory-like proces, který je založen na ukládání paměťových stop – engramů - ve vyšších etážích CNS (Janáčková, 2007). V reakci na nepříjemné pocity a při selhávání zvládacích strategií se může dopad chronických bolestí projevit na úrovni změn chování.



Obr. 4 Revidovaný model stresu a copingu (podle Folkman, 2008, s. 6)

3.6 Změny chování

Chronické bolesti velmi často zasahují do mnoha aktivit života - pracovní, sexuální, pohybové, a to u každého nemocného má každý dílčí faktor jiný význam. Tato část zahrnuje popis změn v chování, které se objevují u lidí s chronickými bolestmi, především pak na ty změny, které mají na člověka a jeho okolí negativní dopad. Samostatné podkapitoly jsou pak věnovány komunikaci o bolesti a konceptu vyhýbavého chování, které je obvykle popisováno jako jedna z behaviorálních copingových strategií.

3.6.1 Proces učení

Bolest je primárně psychologický proces, vznikající v reakci na určité druhy stimulace. „V tomto ohledu je bolest podřízena nejen zákonitostem vnímání, ale také zákonitostem učení“ (Balcar, 1994, s. 37). Učení probíhá podmiňováním, ale také utvářením osobních postojů

(self-efficacy a resilience) a strategií ke zvládnutí bolesti. Záleží i na vnějších podmínkách, které bolesti doprovázejí (například zhoršení při hádce s partnerem, delší procházka atd.).

Senzitizace a habituace

Jsou dva procesy, které vznikají nevědomě (implicitně), pouze na základě zkušenosti s určitým podnětem. Zjednodušeně se jedná o zvýšení, resp. snížení psychologické a behaviorální odezvy na bolestivý podnět – tzv. behaviorální modifikace (Balcar, 1994). Výzkum se v současnosti zaměřuje právě na vliv těchto nevědomých procesů na rozvoj chronické bolesti (Flor, 2009).

Klasické a operantní podmiňování

W. E. Fordyce, kterého jsme zmínili již dříve, popsal u akutní bolesti procesy operantního podmiňování, které vedou člověka ke dvěma reakcím: vzdání se, a zároveň k úniku od bolestivého podnětu - vyhýbání se. Navenek se proces učení projeví například v podobě grimasování, kulhání, podpírání končetiny. Vyhýbání se se dále projevuje jako nečinnost nebo odmítání aktivit, které by mohly vyvolat bolest, podání léků nebo odvádění pozornosti k jiné činnosti. V pojetí klasického podmiňování jde například o situaci, kdy při určitém pohybu došlo k prožitku velmi nepříjemné bolesti a zapamatování tohoto zážitku. Už jen při představě tohoto pohybu pak dochází v organismu k svalové tenzi a pocitu strachu, a nelze tedy pohyb vykonat, jedinečně za nepřiměřeně velkého úsilí (Balcar, 1994; Flor, 2009). Tím se posilují pocity snížené kompetence bolesti zvládnout, a také syndrom invalidity (Balcar, 1994).

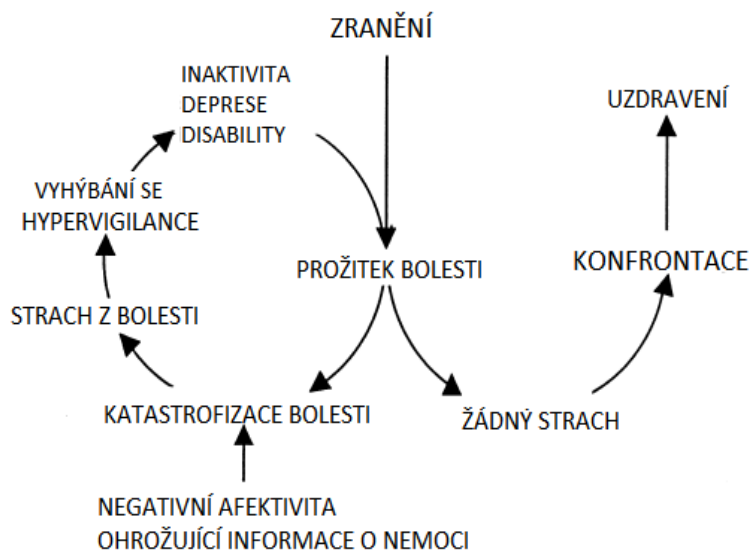
Proti učení podmiňováním lze postavit proces vyhasínání, kdy posilováním alternativního chování (například překonání první fáze potíží při chůzi, po které dojde ke snížení intenzity bolesti) a opakováním tohoto chování původní reakce (strach a zvýšení citlivosti k bolesti) mizí. Flor poukazuje na významný vliv vyhasínání v prevenci invalidity a bolestivého chování. Jistou potíží je plasticita mozku, která umožňuje, aby se patologické reakce na bolest fixovaly (Flor, 2009).

Učení nápodobou

Lidé si osvojují určité vzorce chování a vyrovnání se s potížemi na základě pozorování druhých (například členů rodiny), sdílení informací a zážitků. Napodobované chování může být adaptivní – takové, které podporuje uzdravování, anebo neadaptivní – které vede k pasivitě, omezování aktivit nebo přímo k vyhýbání, které snižuje resilienci a sebedůvěru (Balcar, 1994).

3.6.2 Vyhýbavé chování

Model strach - vyhýbavé chování (*fear-avoidance behavior*) vytvořili Vlaeyen a Linton na podkladě dřívějších studií, především pak Fordycovy teorie úniku-vyhýbání. Na počátku však byla opačná otázka - proč jen malá část pacientů s akutními bolestmi zad dojde do stavu chronických bolestí a invalidity? Vypozorovali, že pokud je bolest vnímána jako nezraňující, pacient se pokouší s ní vypořádat a udržet si v co největší možné míře svůj dosavadní způsob života. Pokud je ale bolest doprovázena katastrofickými myšlenkami a zvýšenou pozorností k tělesné odezvě na bolest, dostává se pacient do bludného kruhu (Vlaeyen & Linton, 2000). Nejprve se pokouší bolesti uniknout například popřením nebo inaktivitou, což se přechodně daří. To jej stále více odrazuje od pohybu. Díky fyzickému chátrání se snižuje práh pro percepci bolesti a opakovaná zkušenost, i když s menší bolestí, zvyšuje stres a opět posiluje vyhýbání. Jde tedy o určitou strategii zvládání bolestí. Hlavními faktory pro rozvoj tohoto chování jsou nevhodné osobní dispozice jako je neuroticismus, nízká resilience, subjektivně vnímaná závažnost onemocnění anebo anticipace nedostupné sociální opory (Vlaeyen & Linton, 2000; Leeuw et al., 2007).



Obr. 5 Vlaeyen-Lintonův model strach-vyhýbání se (Vlaeyen & Linton, 2000, s. 329)

3.6.3 Komunikace a bolestivé chování

Někteří autoři předvídají (Sullivan et al., 2001), že k tomu, aby člověk efektivně zvládal zátěž vyplývající z nemoci, musí umět dobře komunikovat o svých potížích. Pokud má být jedním z významů copingu získání blízkosti, podpory nebo přímo asistence, je potřeba umět si o podporu a její formu říci. Zhoršování bolestí může být důsledkem psychologické obrany, popření. Neschopnost o potížích komunikovat, neschopnost vyjádřit hněv nebo smutek totiž zvyšují míru stresu a bolestivý prožitek se může stát jediným ventilem těchto potíží (Monsen & Havik, 2001).

V souvislosti s chováním v nemoci se často objevuje termín chování v nemoci (*illness behaviour*). Jde o způsob, jakým jedinec popisuje, prožívá, hodnotí a odpovídá na podněty svého těla, které se dají popsat v termínech zdraví a nemoc (Pilowski, 1987). Tento proces přirozeně probíhá u každého člověka, nemocný má klidový režim, bere léky, očekává péči a soucit okolí. Za abnormální se chování považuje tehdy, kdy je příčina potíží objasněna, zároveň je nastavena odpovídající léčba, a přesto přetrvává prožívání a chování, které již neodpovídá vývoji stavu nemocného. V takovém případě je třeba zhodnotit, zda je motivace chování nemocného vědomá či nevědomá, a zda je centrum potíží spíše somatického nebo psychického původu (tamtéž).

Balcar poukazuje na motivační aspekty bolesti, které mohou přispívat k prohloubení bolestivého prožívání a chování – zde se projevy abnormálního chování nazývají bolestivým chováním (*pain behaviour*). Objevují se často u psychogenních bolestí. Důvodem může být kladné zpevnění chování – pacient dostane např. pozornost a péči, stejně jako negativní zpevnění – uvolnění z nepříjemných pracovních povinností, nemuset řešit konflikty apod. (Balcar, 1994; Sullivan, 2001). Bolest se může stát psychologickým nástrojem pro řešení vnitřních či vnějších konfliktů jedince. Pokud vede prožitek bolesti spolu s doprovodným efektem, například v podobě finanční podpory státu nebo omezení hádek, k pozitivní odezvě blízkých osob, může se tento způsob chování vědomě nebo nevědomě posilovat - a vést až k naučenému bolestivému chování (Knotek, 2010).

Knotek pojmenovává určitý způsob chování v nemoci syndrom polehávání. Pokud je člověk dlouhodobě odkázán na pomoc rodiny a tuto pomoc požaduje, například v podobě ohledů, předávání pracovních povinností ostatním, potřebě mít neustále nablízku někoho, kdo se postará - posiluje to jeho pasivní roli a znesnadňuje rekonvalescenci. Navíc ne vždy jsou členové rodiny schopni či ochotni pomáhat-vzniká tak bludný kruh frustrace a nepochopení na straně nemocného a frustrace až vyčerpání sil a odmítání na straně rodinných příslušníků, případně zdravotníků. To však může opět posílit pocity zlosti, nedůvěry a odmítání nebo pocity viny u nemocného, a vést k posílení negativních změn v osobnosti (Knotek, 1994; Brown, Dick & Berry, 2010).

Bolestivé chování může vést až manipulaci s okolím, stane se někdy trvalým způsobem komunikace potíží nebo náhradním trestem za pocity viny. Sekundárním ziskem jsou pak třeba úlevy v práci, péče rodiny a zdravotníků (např. Knotek, 1994; Orel, Facová, Večeřa, & Wágner, 2010). Sullivan et al. (2001) také zvažují, nakolik proklamace o bolestech, zvýšená doba hospitalizace, opakovaná hospitalizace, opakované a časté vyhledávání lékařské péče, vyžadování účinnějších léků (analgetik, opioidních analgetik) atd. vede odborníky k tomu, aby využívali stále více invazivních metod léčby.

4. Sociální aspekty

K psychickým aspektům chronické nemoci se přirozeně pojí i vliv sociálních změn. V této kapitole se zaměříme především na širší vztah mezi nemocným s chronickou bolestí a společností, která jej obklopuje. Popíšeme změny společenského statusu a roli pacienta, význam sociální opory.

4.1 Invalidita

Syndrom invalidity (*disability*) vychází z biopsychosociálního modelu nemoci a charakterizuje „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*“ (World Health Organisation, 2001, s. 9). S prodlužování doby nemoci a s omezením pohybu se nezdá pojit oslabení kosterního svalstva a funkční omezení hybnosti. Důsledkem je pak změněná schopnost vykonávat určité činnosti a snižuje se participace (účast) na důležitých životních událostech, zájmových aktivitách. Invalidita může být výraznou překážkou při hledání práce nebo v intimním životě (Waddel & Turk, 1992; Kebza, 2005).

S vyšším věkem a přidruženými chorobami se míra invalidity v populaci postupně zvyšuje. Zajímavé však také je, že někteří nemocní s chronickými bolestmi nepřičítají invaliditě zásadní vliv na kvalitu života, ani bariéry prostředí nepovažují za nepřekonatelné (Greenglass et al., 2006). Významným způsobem se na tom podílí jak management léčebné péče, tak přístup celého společenského prostředí k dané problematice a vytváření vhodných podmínek pro adaptaci jedince s invaliditou na nároky prostředí (Waddel & Turk, 1992).

S invaliditou se může pojit vyhublé chování, katastrofické myšlení (Turner & Noh, 1988; Lamé et al., 2005) a symptomy deprese (Greenglass et al., 2006), přičemž není jasná shoda v tom, zda jsou více zasaženi muži nebo ženy. K problémům se zády se pak pojí mnoho dalších symptomů. Často se zhoršuje pohyblivost, což vede ke změnám váhy, a tím se opět funkční postižení zhoršuje (Foster, Thomas, Bishop, Dunn & Main, 2010). Tyto postoje a pocity se do značné míry přenášejí i na okolí nemocného, což může vyústit v nadměrnou péči, anebo naopak v sociální izolaci a odmítání. Invalidita tak může mít dopad i na sociální vztahy jedince.

4.2 Role pacienta

Nemoc, a to především chronická, sebou přináší mnoho podstatných omezení a životních změn. Jedinec se nechtíc stává závislým na svém okolí, ztrácí určité kompetence a svobodu rozhodovat o svém životě. Může dojít až k regresi chování, kdy nemocný vyžaduje vedení a podporu i za cenu vlastní autonomie, a váhavé reakce okolí si pak vysvětluje jako neochotu nebo lhostejnost. Toto opět žene nemocného k vyhledávání odborné pomoci, protože lékař se postupně může stát jediným, který je ochoten vyslechnout jeho stížnosti a obavy (Vymětal, 2003).

U chronické bolesti se často přidružují další negativní jevy. Jedná se například o poruchy spánku a koncentrace, úzkostné stavy a deprese, díky kterým se posiluje závislost na psychofarmacích.

Jak bylo uvedeno dříve, motivace k aktivitě a zaměření na řešení je podstatně ovlivněno hodnocením a osobním přesvědčením o bolesti a jejím významu. Díky tomu, že zážitek bolesti má výrazný emoční náboj, ovlivňuje tak nejen poškozeného člověka, ale také jeho okolí. Nemoc však také otevírá nové cesty k přehodnocení stávajících postojů k hodnotám, cílům a vztahům. Ve svých důsledcích tedy nemusí být vliv nemoci čistě negativní.

4.3 Sociální opora

Sociální a emoční opora jako vnější zdroj pomoci má významný ochranný vliv před následky zátěže a stresu, a zároveň je významným zdrojem zvládání (Baštecký et al., 1993).

Kebza (2005) udává tři faktory sociální opory:

- anticipovanou (resp. kognitivní)
- mobilizaci (aktivaci) pro její získání
- získanou sociální oporu

Získaná sociální podpora je významným zdrojem pro zvládání obtíží. Informace, praktická i citová podpora významně korelují s proaktivním copingem (Greenglass et al., 2006; Roesch et al., 2009). Někdy však může přehnaná péče a pomoc působit kontraproduktivně.

Jde především o situace, kdy se člověk v roli pacienta usadí anebo je mu tato role vnucována. Dostává se mu třeba péče a pozornosti, snižují se tím však jeho kompetence a možnost nebo nutnost řešit životní potíže a konflikty (Kebza, 2005). Tento stav může vyvolávat nepříjemné pocity viny a snižovat sebevědomí jedince tím, že pozornost všech se stále upíná na bolesti a na potřebu se jim přizpůsobovat.

Zavadilová a Knotek poukazují na rozdíl mezi aktuální potřebou pomoci a aktuální vnímanou ochotou pomoci od blízkých lidí. Požadovaná sociální opora je podle nich ukazatelem iracionálního výkladu bolesti, rezignací na její zvládnání. Pokud je nemocný zároveň sociální oporou pro své blízké, může být po něm vyžadováno, aby jí i zůstal. Příkladem tohoto paradoxu mohou být starší ženy, které i přes bolesti musejí hlídat vnoučata anebo pacienti, kteří usilují o invalidní důchod jen proto, aby zajistili rodině stálý příjem (Zavadilová & Knotek, 2006). S tím se pak následně pojí obecný negativismus a deprese, které znesnadňují zvládnání i jiných náročných životních situací a posilují nemocného v tom, že je na všechny problémy sám (Zavadilová & Knotek, 2006).

4.4 Životní události a změny

Koncept životních událostí vychází z pozorování, že náročné události, které vybočují z běžné rutiny (např. rozvod, narození dítěte nebo třeba ztráta zaměstnání) a vyžadují nové způsoby řešení, mohou být přímou příčinou somatického onemocnění, resp. ovlivňovat jeho průběh (Kobasa, 1979). Obvykle dochází k tomu, že zdraví lidé význam náročných událostí spíše podhodnocují, nemocní mají naopak tendenci spíše nadhodnocovat (Baštecký et al., 1993).

Novějším pojmem jsou pak životní změny, které rozšiřují pojetí životních událostí o jejich pozitivní vliv na osobní rozvoj člověka. Pokud se jedinci podaří náročnou změnu zvládnout, posiluje se tím jeho sebevědomí a self-efficacy. Pokud jde o nečekanou událost a jedinec nemá pro její překonání známou strategii, pocit kompetence a zvládnání snižuje, dokud se novou strategií nenaučí (Pearlin & Schooler, 1978; Epstein & Katz, 1992).

Dysvik et al. (2005) pozorovali, že pokud lidé měli hodnotit vlivy, které v jejich životě působí stres a potíže, jen 38% uvedlo jako hlavní stresor zdravotní potíže včetně bolestí,

zato 53% uvádělo jako hlavní stresor některou z rodinných událostí nebo sociálních aktivit. Důvodem může podle autorů být fakt, že v průběhu času získají opět na důležitosti jiné životní události než bolest, i to, že lidé prostě mohou uvádět jako stresor to, co je aktuálně trápí. U výjimečně náročných nebo dokonce traumatických událostí mohou být dokonce trvale narušeny určité rysy osobnosti i schopnost zvládání zátěže. Stresující pak může být jakákoliv, byť zdánlivě nepodstatná událost (Hambrick & McCord, 2010). Dlouhodobě nepříznivé podmínky by tedy neměly uniknout pozornosti odborníků a měla by se věnovat dostatečná pozornost tomu, jaké možnosti a schopnosti člověk má k jejich zvládnutí.

Změny socioekonomického statusu

K chronické nemoci se obvykle přidávají i nemalé finanční náklady-ať už samotné úhrady za léčebnou péči, tak i dočasná nebo úplná ztráta kontaktů s pracovním prostředím nemocného. Odpovědnosti za rozpočet domácnosti se přesouvá na ostatní členy rodiny, případně přátele (Toběrná, 2005). Ukázalo se, že stejně jako chronická nemoc, tak i nezaměstnanost výrazně zhoršuje fyzický i psychický stav-zvyšuje se krevní tlak, snižuje sebevědomí, po delším období se rozvíjí deprese (Baštecký et al., 1993).

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíle empirické části a výzkumné otázky

Při zvažování tématu práce byl cíl výzkumu v podstatě jednoduchý: zmapovat, jaké strategie a jaké obranné mechanismy se objevují u pacientů při bolestivých stavech bez patofyziologického podkladu. Ukázalo se však, že pacienti se somatoformními poruchami jsou velice zranitelní již v kontaktu s ošetřujícími lékaři a psychology, a je takřka nemožné mluvit o svých potížích s člověkem, ke kterému nemají navázaný osobní vztah. I přes veškerou snahu lékařů a psychologů jsem tedy měla možnost nakonec mluvit jen s jedinou pacientkou - která navíc využila možnost neodpovídat na některé mé otázky, a na ostatní otázky odpovídala velice vyhýbavě (data z tohoto rozhovoru nakonec nejsou v empirické části uvedena).

Změnila jsem tedy okruh respondentů a zaměřila se na pacienty dlouhodobě se léčící pro chronické bolesti, které neodpovídají somatickému nálezu, a zároveň pro psychické potíže z okruhu neurotických poruch, které se s vleklým onemocněním pojí. Změnil se také primární cíl práce. Častěji jsem totiž potkávala pacienty, kteří nespádali do schématu strach z bolesti-vyhýbání-inaktivita-deprese a jemu podobných. Zajímalo mě tedy, jaké strategie tyto lidé využívají k překonání bolestivých stavů a jaké další faktory se podílejí na schopnosti zvládat náročné životní změny i situace, kdy se bolesti stupňují.

Výzkumné otázky:

- Jak se bolest projevuje v somatické oblasti?
- Jaké emoce se nejčastěji objevují u nemocných v souvislosti s chronickou bolestí?
- Jaký význam přikládají nemocní sociální opoře?
- Jak lidé posuzují bolest a jaké strategie zvládání nejčastěji využívají ke zmírnění obtíží?

V průběhu rozhovorů se ukázalo, že značná část respondentů přikládá velký význam náročným životním změnám, a to i ve vztahu ke zvládání nemoci a bolestí. Proto jsme se rozhodli do výzkumu zařadit ještě jednu výzkumnou otázku:

- Jaké životní změny mohou ovlivnit schopnost zvládat chronické bolesti?

2. Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve dvou fázích-fáze přípravná-jednání se zdravotnickými zařízeními probíhala od října 2010 do dubna 2011, fáze samotných rozhovorů pak od února do června 2011. Za účelem rozhovorů jsem docházela v nepravidelných intervalech pět měsíců do tří zdravotnických zařízení v Praze, která se zaměřují na léčbu chronické bolesti. Jednalo se o dvě ambulantní centra pro léčbu bolesti a kliniku pro ambulantní psychosomatickou léčbu.

Respondenti byli na základě domluvených kritérií (tzn. chronické bolesti pohybového systému s doprovodnými psychickými obtížemi, bez primárního psychiatrického onemocnění) doporučení jejich hlavním ošetřujícím lékařem. Rozhovory probíhaly před nebo po kontrolním vyšetření, respektive po přijímacím rozhovoru ve zdravotním zařízení (1 případ). Lékař nejprve bez mé přítomnosti pacienta stručně seznámil s účelem a průběhem výzkumu. Pokud se pacient rozhodl pro účast, seznámila jsem jej již sama s účelem a obecným cílem rozhovoru (zjistit způsoby zvládání při chronické bolesti). Ve dvou případech pacienti účast odmítli. S ostatními byl podepsán informovaný souhlas s rozhovorem o zachování plné anonymity, a také souhlas s využitím dat rozhovorem získaných pro diplomovou práci.

Samotní respondenti reagovali obvykle na prosbu o rozhovor kladně, většinou na základě pobídky lékaře, kterému chtěli vyhovět. Sami většinou neměli potřebu o sobě a svých potížích hovořit, pokud se taková potřeba vyskytla, šlo spíše o potřebu „vypovídat se“ bez dalších mých otázek. Ve dvou případech pak chtěly respondentky poradit, jestli nedělají něco špatně a neměly by svoji situaci nějak dále řešit. Všichni byli informováni o možnosti nezodpovědět na základě svého uvážení některé z otázek nebo rozhovor ukončit. Možnosti nezodpovědět otázku využili dva respondenti, a to konkrétně na dotaz týkající se sebevražedných myšlenek.

2.1 Respondenti

Hlavní kritéria výběru do výzkumného vzorku byla:

- věk nad 18 let,
- chronické nenádorové bolesti, trvající celkově nejméně 12 měsíců, s akutním průběhem v délce minimálně 1 měsíce,

- bolesti pohybového systému (především zad a končetin)
- docházení do zdravotnického zařízení kvůli léčbě chronické bolesti,
- psychické potíže jako významný faktor nemoci.

Tato kritéria jsme ověřovali ještě před uskutečněním rozhovoru s respondenty.

Doplňujícím kritériem, které vyplynulo v průběhu přípravy výzkumu, pak byla:

- chronická bolest jako hlavní zdravotní problém

Výzkumný soubor nakonec tvořilo 8 žen a 2 muži. Původně bylo ve výzkumném souboru 11 respondentů, 1 respondentka byla vyloučena z důvodu invalidního důchodu pro psychiatrické onemocnění a diferenciatně diagnosticky stanovenou somatizační poruchu, která se projevowała především různými nespecifikovanými bolestmi v oblasti zad a rukou.

Jako nejčastější **příčina bolestí** byl jmenován opakovaný výhřez meziobratlové ploténky (3 respondenti), rozpad meziobratlové ploténky v důsledku degenerativních změn páteře (3 respondenti), nespecifikované bolesti bederní páteře (2 respondenti), bolesti v celém úseku páteře v důsledku dopravní nehody (1 respondent) a kloubní artróza (1 respondent). Žádný z respondentů netrpěl v době výzkumu onkologickým onemocněním.

Všech 9 respondentů uvádělo různá **bolestivá místa**. Nejčastěji se jednalo o bederní páteř ve spojení s kyčlemi, klouby a svaly nohou. Bolesti se pak pojily s celkovou slabostí končetin a nejistotou při pohybu. Pokud prvotním místem vzniku bolesti byla krční páteř, bolest dále vystřelovala do horních končetin a do hlavy. Způsobovala tak časté, tenzní bolesti hlavy, respektive snížené soustředění. Zároveň také pocity menší kontroly nad volnými pohyby a potíže udržet v rukou předměty (u dvou respondentek). U dvou respondentů jsou zasaženy i vzhledem k původu nemoci především klouby, bolesti pak vznikají následkem jakéhokoliv pohybu a námahy, a mají charakter záchvatu bolesti. U jedné respondentky vlivem polytraumatu došlo k poškození kostí a nervů v celém těle a bolesti jsou tedy různorodé – jednou zasahují spíše hlavu, jindy klouby, jindy svaly. Obecně z rozhovorů bylo patrné, že čím déle chronická bolest trvá, tím hůře ji bylo možné lokalizovat do určitých oblastí – stává se nepředvídatelnou, stěhující se, difúzní.

Další údaje o respondentech

Věk:

43-67, medián 55 let.

Vzdělání:

2 základní, 3 úplné střední s výučním listem, 5 úplné střední s maturitou – vše technické a medicínské obory

Zaměstnání:

8 z 10 respondentů v částečném (4) nebo plném (4) invalidním důchodu, 2 mají podanou žádost o částečný invalidní důchod. Respondenti nejčastěji získali částečný invalidní důchod, který jim byl alespoň jednou odebrán, aby nakonec opět získali částečný, respektive plný invalidní důchod.

Rodinný stav:

Z pohledu rodinného stavu byl náš soubor velice homogenní. Všechny respondentky byly v době rozvoje chronických bolestí vdané (a jsou dosud), oba muži byli už při rozvoji nemoci, respektive chronických bolestí delší dobu rozvedení.

Děti v rodině (před a v průběhu nemoci):

Ve všech rodinách byly děti. Čtyři respondenti žijí stále společně s dětmi (v jednom případě respondentka vychovává vnuka), přičemž ve třech případech jsou již dospělé. Kromě dvou respondentek, které onemocněly ve vyšším věku, v době rozvoje onemocnění všechny vychovávaly s partnerem dvě děti. Jeden muž má 2 roky v péči syna, dva potomci druhého respondenta jsou již dospělí.

Délka trvání bolestí:

Délka bolestí v rozsahu od 3 let do 33 let (3, 4, 6, 7, 9, 10, 15, 17, 22 a 33 let), přičemž nástup bolestí se objevoval přibližně mezi 30. a 50. rokem věku. Respondenti uváděli různou délku bolestí, jedna žena udávala dlouhodobé bolesti již v době dospívání (od 18 let). V takových případech jsem se řídila tím, jak dlouho trvají chronické bolesti v současnosti, tedy kdy přestaly mít ráz přechodných obtíží a staly se téměř každodenní součástí života respondenta.

2.2 Metody

Sběr dat byl uskutečněn metodou polostrukturovaného rozhovoru, všechny rozhovory s respondenty vedl jeden výzkumník. Účelem bylo získat co nejvíce různorodých informací o tom, jaké strategie užívají pacienti s chronickými bolestmi ke zvládání bolesti, a jaké další proměnné se na zvládání bolesti podílejí. Ještě před hlavní fází výzkumu jsem se diskutovala téma práce se dvěma lékaři a zdravotní sestrou z ambulancí bolesti a dvěma psychology. Na základě těchto rozhovorů jsem se pak rozhodla ustoupit od kvantitativního šetření metodou dotazníků. Pacienti bývají v dnešní době již celkem často - i několikrát v průběhu léčby - podrobeni psychologickému vyšetření, respektive vyplňují různé dotazníky ohledně intenzity, lokalizace bolestí a omezením, která jim bolest přináší. Chtěla jsem se tedy vyhnout variantě, kdy by respondenti již zcela rutinně zaškrtovali odpovědi, aniž by se jim více věnovali.

Otázky kladné v rozhovoru byly zaměřeny na zkušenosti respondentů s chronickými bolestmi (a), jejich sociální zázemí (b), způsoby, kterými se vypořádávají s bolestí (c), ale i s jinými starostmi v životě (d). Každý rozhovor obsahoval základní otázky, které byly respondentovi položeny (viz níže), doplňující otázky pak v reakci na důležité skutečnosti v daném konkrétním rozhovoru. Délka rozhovorů byla v rozmezí 40 a 70 minut.

Tabulka 1 Okruhy otázek pro rozhovor

Povězte mi prosím něco o své nemoci (diagnóza, délka trvání, obvyklý průběh).(a)
Každý člověk prožívá život s nemocí (bolestí) trochu jinak. Jak vnímáte vaši nemoc vy? (a)
Jaká omezení a problémy vám vaše nemoc přináší (fyzická-například spánek, pracovní, vztahová-intimní, ekonomická...)? (c)
Jak dnes vypadá váš běžný den? (c)
Poznáte dopředu, kdy bolest ustupuje a kdy se naopak stupňuje? Co se děje předtím a co potom? (Zažil/a jste někdy situace, kdy byla bolest neúnosná? Povězte mi o tom). (a)
Co pro vás znamená pojem zvládání zátěže? Můžete mi popsat situace, které jsou pro vás výrazně zatěžující? Bylo to tak i dříve? (c, d)

Tabulka 1 - pokračování

Máte od začátku onemocnění více potíží než dříve? Jak se to projevuje? Co vám znemožňuje žít spokojeně? (a, c)

A co vám naopak pomáhá zvládat potíže, stres, osobní problémy? (b, c)

Kdo vám pomáhá zvládat každodenní těžkosti? A jak to máte ve vztahu k bolesti-co děláte, když je váš stav neúnosný? (b, c)

Setkal/a jste se někdy s nepochopením nebo nezájmem okolí? Jak to vypadalo? (b)

Už jste někdy zažil/a větší krizi nebo i několik drobných krizí? Jak to vypadalo? Změnil se pak nějak váš život? (d)

Kdy jste si začal zvykat na fakt, že bolesti budou součástí vašeho života? (c)

Lidé mívají různé způsoby, jak zvládnout stres a každodenní starosti. Co pomáhá vám? (c)

Od koho přichází pomoc a jakým způsobem? Splňuje to vaše očekávání? Pokud ne, máte představu, co byste chtěli jinak? Jak si o pomoc říkáte? (b)

Změnil se váš postoj k vašemu tělu a ke zdraví obecně? (a)

Máte nyní v životě nějaké dlouhodobější cíle? (c)

Jak odpočíváte, co vám k tomu pomáhá? (c)

Jak vnímáte odbornou péči? Jaké péče se vám dostalo, co vám bylo nabídnuto? Co byste ještě chtěl/a zkusit sám/sama? (b, c)

2.3 Analýza

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a následně doslovně přepsány pro další analýzu. K menším úpravám diakritiky došlo pro větší plynulost při čtení textu. Každý rozhovor dostal samostatný kód, jména respondentů byla kvůli zachování anonymity změněna. Další procesy analýzy dat byly prováděny v programu Word, k rozlišení rozhovorů jsem použila odlišné barvy písma.

Odpovědi následně prošly kódováním a kategorizací podle principu zakotvené teorie - Grounded theory. Tato teorie je „induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují“ (Strauss & Corbin, 1993, s. 14). Tento proces proběhl dvakrát k zprehlednění a utřídění dat. Kódy byly podle svého obsahu spojovány do trsů, které vytvořily nadřazené kategorie a obsah kategorií byl doplněn interpretací autorky (Strauss & Corbin, 1993; Šedřová, 2007).

3. Výsledky

Níže je uveden přehled kódů a kategorií, které v průběhu analýzy vyplynuly z obsahu rozhovorů. Na základě těchto kategorií jsem se pak pokusila o interpretaci získaných informací. Interpretace zahrnují informace, které respondenti poskytli a jejich výklad.

3.1 Kódy a kategorie

I. TĚLESNÉ PROŽÍVÁNÍ

Poruchy spánku

Střídání bolesti a únavy

Zvýšená citlivost

II. EMOČNÍ PROŽÍVÁNÍ

Strach a úzkost

Zlost a vztek

Deprese

III. POSTOJ K BOLESTI

Ztráta kontroly

Vina

Katastrofické myšlenky

Optimismus a naděje

IV. SOCIÁLNÍ OPORA

Zdravotníci - lékaři

Partner

Rodina a širší okruh známých

Stát

V. STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Komunikace o bolesti

- Potřebuji klid

- Nebýt na to sám

Přehlížení

Překonávání

Akceptace

- Přerámování
- Zpomalení
- Zůstat aktivní
- Rozptýlení pozornosti

Úlevová poloha

Užívání léků

Vyhýbání

VI. NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

3.2 Analýza a interpretace

Kategorie I: TĚLESNÉ PROŽÍVÁNÍ

Chronické bolesti charakteristicky doprovázejí různé tělesné potíže. Pozornost člověka se přirozeně soustřeďuje na pozorování a posuzování bolestivých stavů. Nejčastěji jmenované potíže souvisely s poruchami spánku, nutností vyhledávat opakovaně a často úlevovou polohu nebo nepředvídatelné střídání bolestí a únavy.

PORUCHY SPÁNKU

Všichni respondenti udávali potíže se spaním. Shodně se objevovaly jak potíže s usínáním, tak probouzení v průběhu noci a brzy ráno. Nedostatek spánku vede k roztržitosti a podrážděnosti. 8 z 10 respondentů proto pravidelně užívá léky pro navození spánku nebo pro prodloužení délky spánku.

„No a jak říkám to spaní, to bylo strašný, protože nespíte celý noce, celý dny nespíte, prostě to nešlo, to bylo hrozný.“(paní Gabriela)

„Blbě usínám a ty bolesti mě buděj v pět, v půl pátý ráno.“ (paní Jitka)

„(...) ale kolikrát se mi stalo, že jsem se ráno probudila a byla jsem úplně tuhá, nemohla jsem se otočit, prostě to nešlo, taková živá mrtvola.“(paní Hana)

STŘÍDÁNÍ BOLESTI A ÚNAVY

Respondenti shodně uváděli střídání fází bez bolestí, respektive s mírnějšími bolestmi a fází nesnesitelných bolestí, přičemž tyto změny jsou jen obtížně předvídatelné, vyvolávají nejistotu a znesnadňují plánování každodenních aktivit. Pokud již bolesti odezní, dostavují se se zpožděním pocity vyčerpání a únavy.

„No mě to zlobilo tak jednou za rok. A vod toho roku 2004 se to už jen zhoršovalo...Tři měsíce se to zlepšilo (po operaci, pozn.), no a pak se to zase vrátilo nazpátek.“ (pan Marek, 10 let s bolestmi kyčlí a bederní páteře)

„Ted' vlastně poslední rok se to hodně zhoršilo, protože se mi dostaly takový bolesti do nohy, a tu nohu mám zčásti jakoby slabší.“(paní Eva, 15 let s chronickými bolestmi)

U respondentů, kteří prošli operačním zákrokem, se shodně dostavuje úleva a radost, že jsou problémy pryč. Po nějaké době se ale bolesti vrací na původní intenzitu, případně se ještě zhoršují. Nejčastějším důsledkem pak je zvýšená aktivita, pokusy bolest přechodit, rehabilitace, zvýšení návštěv lékaře-a nezřídka další operace. U respondentů, kteří prošli více operacemi, se však ukazovalo, že dalšími operacemi se již stav nezvratně horšil a úlevu od bolestí jim nepřinesly.

„Ta operace mi pomohla. Najednou jsem byla taková schopnější, líp jsem všechno zvládala. No to bylo tak dvanáct až patnáct měsíců, to bylo celkem jako v pohodě. Tak jsem si myslela, že to bude nastálo. No a pak začaly ty bolesti.“ (paní Jitka)

„No po té operaci to bylo vždycky tak nějak dobrý. Ale pak nevím, co se stalo, ta plotýnka se asi nějak vyhrézla zase (...) Někdy o těch zádech jakoby ani nevím. No ale někdy je to takový, že si vopravdu musím dávat pozor, co dělám, protože když se vám uleví, tak na to zapomenete, že vám něco je.“(paní Gabriela)

Vysoká frekvence návratu akutních bolestí vyvolává intenzivní emoční odpověď, pocity úzkosti, zlosti, strachu. Ty se střídají s fází vyčerpání a rezignace.

„Hned se vám tolepší, hned vás to vezme, to je hrozný. Ty bolesti sakramentský, to skolí až do postele.“(paní Anna, 33 let po těžké autonehodě s trvalými bolestmi celého pohybového systému)

„Denně mě to zlobí, potřebovala bych aspoň jeden den, abych byla bez bolestí. Prostě neznám ten den.“ (paní Dana, 7 let s bolestmi bederní páteře).

ZVÝŠENÁ CITLIVOST

Střídající se bolesti, málo odpočinku, podrážděnost. To vše přispívá k vyšší vnímavosti jedince na projevy bolesti až k přecitlivělosti. Pozornost člověka se častěji a důkladněji zaměřuje na tělesné prožívání, pocity tlaku, napětí, horka, zimy a přisuzuje jim význam, který může a nemusí souviset s ohrožením příchodu akutní bolesti.

„Prostě že jsem takovej, ne napnutej, ale prostě, člověk by chtěl něco dělat a ono to nejde.“ (pan Jan)

„Ty záda jsou jako žiletka. Jako bych si lehla na sklo.“ (paní Gabriela)

Různé jsou pak způsoby, jakými tyto podněty vyhodnocuje. Pravidelně se objevují barvitě popisy prožívání bolesti, které souvisejí s emočním prožíváním bolesti anebo hodnocením na základě předchozí zkušenosti:

„Jsou určitý ataky, například před menstruací (...) A potom, když je změna počasí. Třeba dneska, když jdu do mrazu, do zimy, nebo když má pršet, tak to všechno cítíte, jako když má člověk zlomenou nohu nebo něco, tak to je stejný.“ (paní Eva).

Kategorie II: EMOČNÍ PROŽÍVÁNÍ

Sledování bolesti a prožívání nepříjemných tělesných pocitů vyvolává přirozeně emoční reakce. U všech respondentů se objevovaly nejčastěji pocity zlosti, strachu a úzkosti. Naopak jen ojediněle vyjadřovali někteří radost, že bolesti nejsou trvalé a že se je daří zvládat.

ZLOST

Oba muži a dvě ženy udávali, že pocity zlosti obracejí proti sobě a nadávají si za vlastní neschopnost, dvě ženy projevovaly zlost na úrovni interpersonální komunikace (více kategorie Strategie zvládání). Ostatní respondentky uváděly zlost na část těla, ve které se bolesti objevují a nedokázali popsat, jak s pocity frustrace a zlosti dále nakládají.

„A fakt jsem seděla u počítače a říkala si ‚Já vím, že mě to tady bolí ještě víc než normálně, ale mně je to jedno!‘ Že to vlastně všechno přebijíte, a říkáte si ‚Tak když už, ať už, tak ať to bolí pořádně!‘ (paní Iva)

„Trochu víc nervák je ze mě. Není se mnou žádná legrace.“ (pan Marek)

„Nemůžu dělat. Jsem nervózní kvůli tomu. Jsem nervózní. (zatíná pěsti a bouchá lehce do stolu). (...) Připadám si jako nějaký chcípák (!), kterej nemůže dělat. A to mě hodně trápí, to mně vadí“ (pan Jan)

STRACH A ÚZKOST

Pocity strachu se dostávají především s obavami vývoje zdravotního stavu do budoucna. Všichni respondenti uváděli, že mají obavy z vývoje svého zdravotního stavu. Jen tři z nich pak zároveň vyjádřili naději, že by se situace ještě mohla zlepšit. Úzkostné naladění bylo patrné spíše ve výpovědích ohledně kvality života a spokojenosti. 8 z 10 respondentů užívá pravidelně anxiolytika nebo antidepresiva. Pravděpodobně i vlivem léků nebylo snadné rozpoznat pocity, které vzhledem k tématu bolesti prožívají.

„To by mi asi v životě vadilo (...) aby třeba člověk neskončil na vozečku a všichni se o něj museli starat. No hlavně aby to tak ještě nedopadlo.“ (paní Eva)

„No a fakt se bojím, jak to se mnou bude.“ (paní Dana)

„Taky je mi někdy ouvej. Ale to je asi to, že se v tom začne člověk šťourat.“ (paní Gabriela)

„Nejhorší je, že už s tím musíte žít jako. Že už to není takový jako, když člověk byl mladej, tak prostě mohl dělat, co chtěl, no prostě takový, že musíte brát ohledy (...) když už to trvá delší dobu, tak už je člověk takovej jakoby-jak bych to řekla...umorousanej, takovej že už si říká ‚už dost‘, už ho to prostě nebaví.“ (paní Eva)

DEPRESE

Závažnější psychické potíže byly v rozhovorech popisovány jako myšlenky na nastávající dlouhodobé trápení, přemítání o smrti, případně suicidální myšlenky. Respondenti jejich nástup uváděli na časové přímce do období krátce po operaci nebo při neúnosných bolestech. 7 z 10 respondentů užívá léky na deprese, přičemž 6 z nich primárně kvůli diagnostikované

depresi, 1 respondentka jako podpůrnou terapii pro příznivé účinky antidepressiv na relaxaci kosterních svalů.

„Nevím, já i doma jsem z toho nešťastná (rozechvělý hlas, těžko zadržuje pláč), že nebejt paní doktorky, tak já nevím, kde bych byla, fakt bych to psychicky blbě nesla doopravdy.“ (paní Anna)

No tak si říkám „Lidi jsou na tom hůř, tak co. Tak si to tak říkám, no (povzdech)... No tak někdy si v duchu zanádvám (povzdech). (A měl jste někdy myšlenky a sebevraždu?) Měl. Po té operaci, asi tak půl roku. To jsem byl takovej nemohoucí, prostě nemohl jsem se s tím vyrovnat ze začátku. Ale že bych někde stál...to ne.“ (pan Marek)

Kategorie III: POSTOJ K BOLESTI

Respondenti hodnotili bolesti vesměs jako významný zásah do jejich běžného života. Projevuje se jako ztráta kontroly nad vlastním tělem i jako ztráta kontroly nad životem obecně. Objevují se obavy z budoucnosti a negativní myšlenky.

ZTRÁTA KONTROLY

U respondentů byl postoj vesměs ovlivňován emocemi a percipovaným omezením aktivity. Výpovědi o bolesti zde byly často výrazně zabarveny pocity sebelítosti a frustrace.

„No ráno vstanu, někdy když je mi líp, tak si zacvičím, když ne, prostě, někdy musím zůstat ležet, protože někdy je mi opravdu hrozně blbě (...) už doma ani nezvládám práce a prostě, prostě když mám udělat něco víc.“ (paní Beata)

„Mám velký bolesti. Když něco udělám, tak trpím za to.“ (pan Marek)

Náročnější jsou však pro respondenty situace, kdy skrze bolesti nemohou ovládnout vlastní tělo a musí například zůstat ležet nebo sedět.

„A ten problém pro mě znamená to, že nemůžu pomalu ani chodit, že ty záda bolejí tak, že lezu doma podél zdi, a prostě to nejde nějak, no nejde. A pak jako to zase přejde a je zase dobře.“ (paní Eva)

„No oni mi právě řekli, že čtvrtá operace právě nepřichází v úvahu. Ale v tu chvíli, kdy je to tak strašný, že nemůžete spát celý noce, brečíte bolestma, že kdyby mi řekli, tak okamžitě jdu. A je mi jedno, jestli jsem na vozečku, v tu chvíli se zvednu a jdu.“ (paní Gabriela)

Pro respondenty, kteří vždy byli činorodí a aktivní, je pak zcela zásadní pocit omezení svobody v plánování a nemožnost vykonávat svoje povolání:

„Já jsem dělala těžkou práci. Pak jsem tam, když jsme se nastěhovali do Prahy, tak jsem dělala, co se dalo, no protože děti byly malé... No musela jsem. Vono hned mi ho nechali, hned mi ho vzali, vono to hrozně, vono je to psychický, na psychiku to má strašnej vliv (...). No a pak jsem vopravdu šla do důchodu, to bylo pro mě takový nejlepčí (povzdech).“ (paní Anna)

„Já jsem dělal řidiče v mezinárodní dopravě...A teď když chvíli sedím v autě...vopravdu to nejde.“ (pan Marek)

VINA

Dvě ženy zmínily silné pocity viny, protože nedokáží svoje bolesti v určitých situacích ovládnout a zvládnout. Pocity viny se pojily jak s reakcemi okolí na netypické chování ženy, tak s osobní představou respondentek o tom, jak by se měla „správně“ zachovat.

„Nebo včera se mi stalo, že třeba v tramvaji se mi udělá špatně, potřebuju si sednout. Tak si člověk sedne, a nad ním stojí třeba paní, která je o patnáct let starší nebo i víc, tak si říkám „Hergot, to bych jí měla pustit sednout“, no a pak je mi zle. No někteří lidi třeba koukají, a to je nepříjemný.“ (paní Eva)

KATASTROFICKÉ MYŠLENKY

Při akutních bolestech, po operacích nebo při definitivním stanovení diagnózy chronických bolestí se dostávají poruchy nálady v podobě úzkosti a strachu a obav z budoucnosti. Obavy, které byly jmenovány nejčastěji, byly nemožnost pracovat, postarat se o děti, upoutání na vozík, závislost na péči druhých.

„Já si spíš myslím, že to bude horší. (T: A potvrzují vám to lékaři?). No to je spíš můj pocit.“ (pan Marek)

„Ale když máte prostě najednou potíž vstát z postele, nohy vám vodejdou. Tak si najednou říkáte „Proč tady vůbec jsem, proboha.“ (...) Ale je to krátkodobý, je to ve chvíli, kdy mi ty nohy vodejdou. A máte takovej pocit, že kdoví co bude dál...“ (paní Gabriela)

OPTIMISMUS A NADĚJE

Na druhé straně někteří z respondentů vyjadřovali naději, že v budoucnu budou moci žít spokojeně i navzdory bolestem, vedle pocitů strachu a úzkosti, spojených s bolestí vyjadřovali radost ze života a humorný nadhled. Jiní popisovali, že dovedou nepříjemné pocity překonávat a věří, že bude zase lépe.

„Já si myslím, že se dá všechno, není tragédie, která se nedá přežít. Já si to myslím. I když někdy jsou kruté. Ale vždycky si musím najít nějakou sílu a něco, pro co budu žít dál. Je to tak.“ (paní Hana)

„Vím, že to tak prostě musí bejt, a vyřadím to. Já mám naštěstí takovou vlastnost, že prostě vím, že to půjde dál. Nebo dopředu vím, jestli to bude dobrý nebo špatný, a tak musím něco udělat a vím, že zase bude dobře...Nevím, no že si to prostě nepřipouštím až dovnitř (...) Já už jsem se s tím naučila tak žít. Je to vopravdu tak dlouho, člověk se už nějak zná, ví co od sebe a od toho těla očekávat. Takže já myslím, že snad ne. Opravdu, dokud se člověk může hýbat, vládne sám sebou, tak je to furt dobrý. Tak tak to беру.“(paní Eva)

Kategorie IV: SOCIÁLNÍ OPORA

Sociální opora a sociální síť jsou faktory, které výrazně ovlivňují kvalitu života člověka a ovlivňují způsob, jakým se vyrovnává s náročnými životními situacemi, včetně chronické nemoci a bolesti. Nejčastěji muži u ženy jmenovali potřebu důvěry a pochopení jejich situace, dostupnost informací o nemoci, a především pak praktickou pomoc v domácnosti, v zaměstnání a nabídku řešení situací, kdy bolesti překonávají jejich schopnost ovládnout je a pokračovat v běžném životě. Respondenti s dobrým rodinným zázemím a s dostupnou odbornou péčí obvykle vyjadřovali větší motivaci k hledání způsobů, jak bolesti zvládnout a menší míru strachu z budoucnosti.

ZDRAVOTNÍCI - LÉKAŘI

Všichni respondenti vyhledali při zhoršení bolesti lékaře. Stejně tak všichni stále docházejí k lékaři kvůli léčbě bolestivých stavů a mají k němu důvěru. Některým se však zpočátku dostávalo spíše nepochopení a odmítavé reakce -

„No a pak jsem se občas dostala do nemocnice vždycky na chvíli. No ale vždycky mi říkali, no mysleli si, že si vymejšlim. Jako na rentgenu se nic neprojevílo, takže vlastně jsem byla zdravá!“(paní Hana)

„No a ta společnost vás vlastně tlačí k tomu, že to dohromady nic není, ‚vždyť to má každej, že jo, že něco někoho bolí‘, a pak ještě dodávají takovou krásnou kouzelnou formulku ‚Ve vašem věku už je to normální, že vás pořád něco bolí.‘ Víte, jak to je pani, když se ráno vzbudíte a nic vás nebolí, tak jste mrtvá!“ (paní Iva)

- anebo soucitu a pochopení, ale bez konkrétního návrhu na řešení potíží.

„Byli na mě všichni hodní, to jo, ale na všech jsem viděla, že všichni tak jako se tvářej, že se mnou asi nic moc neudělají.“ (paní Eva)

„No řekla bych, že nikdo nemůže pomoci...Takže jediné, že se najde ten lékař, kterej vám uzná to právo na bolest.“ (paní Iva)

Jako první zdroj sociální podpory a pomoci byla u všech respondentů (včetně mužů), docházejících do center bolesti, jmenována jejich ošetřující lékařka. Ve dvou případech lékařka praktická, u které respondenti vyzdvihovali především znalost jejich osobní historie a ochotu vždy hledat řešení potíží, a ve dvou o lékařka-neuroložku. Ženy obvykle uváděly, že lékařka pro ně plní současně roli experta na problém bolesti, dokáže řešit akutní bolestivé stavy. Současně ocenovaly možnosti hovořit otevřeně o všem, co je trápí (Thoits, 1995; Cano et al., 2008).

„Tady vopravdu ta pani doktorka je zlatá, ta se snaží, jsou tu moc hodný.“ (paní Anna)

PARTNER

V rámci rodiny ženy i muži zdůrazňovali ochotu jejích členů zapojit se více do plánování a chodu domácnosti, u partnerů pak oceňovali porozumění a péči v akutní fázi bolesti, stejně tak jako pomoc při výchově dětí. Zároveň partneři chronicky nemocných žen museli obvykle zvýšit pracovní úsilí, aby pokryli výpadek příjmu jejího dospělého člena v rodinném rozpočtu. Na druhou stranu v rozhovorech často vystupovalo téma osamělosti – a to především u starších respondentek, které zůstávají většinu dne doma samy, nemají přátele, které by mohly navštěvovat, a dostávají se tak do sociální izolace.

„No a manžel pak se mnou byl doma, za což jsem mu moc vděčná, díky němu asi dnes chodím. Protože on byl zlatíčko největšího kalibru, větší snad ani neexistuje. Ten dennodenně mě masíroval, záda, nohy, několikrát, ten mě vlastně z toho dostal.“(paní Gabriela)

„No, mám teda několik přátel, který dřív jsem prostě navštěvovala, a všichni stárneme a každéj má svý problémy a tak nák tyhleto vztahy se zhoršují.“(paní Beata)

„No manžel...jenže on ráno jede do práce, večer se vrací. Děti to samý...“(paní Dana)

RODINA A ŠIRŠÍ OKRUH ZNÁMÝCH

Často se stává, že ve chvíli, kdy jeden z partnerů onemocní, druhý jej musí zastoupit v roli živitele, aby si rodina zachovala dosavadní socioekonomický status. Zatímco je tedy partner mimo domov, hrají hlavní podpůrnou roli další vztahy v rodině i mimo ni. Muži považovali podporu původní rodiny za dostatečnou, přesto vyjádřili potíže říci si o něco navíc. Oba respondenti pak upřednostňovali samostatnost a schopnost řešit potíže po svém.

„No prostě nemůžu si na děti stěžovat, protože když nemůžu, tak přijdou, pomůžou mi...“(paní Hana)

Některé respondentky pak dávaly přednost požádat o pomoc kamarádku.

„Mám jednu úžasnou kamarádku, ta mi moc pomohla po operaci. Ta chodila každý den a uklízela, vařila, prala-prostě klobouk dolů.“ (paní Jitka)

V rodinách, kde jsou nezletilé děti, respektive kde žije několik generací pospolu, se častěji vyskytovala potíž požádat i získat potřebnou oporu a pomoc. A to jak z praktického hlediska pomoci v domácnosti, s dětmi, tak i po stránce potřeby intimního kontaktu s partnerem a ve svobodné komunikaci.

*„Je to úporný z toho hlediska, že v práci se člověk nák tak drží, a pak přijde domů a doma ho čekají děti a rodina a má druhou směnu a neodpočine si. A vlastně je doma ještě protivnej, protože si myslí, že ty doma to zvládnou. Pak na ty lidi je člověk hodnej a doma to vodnášej, no (...) **Hodně podrážděná, nejradší bych si zalezla někam do koutka, aby mi všichni dali pokoj.** No ale prostě to nejde no.“ (paní Eva)*

„Voni ráno v pět hodin jedou do práce a večer se vracej (...) No, v tomhleto je těžký si něco přát nebo něco chtít, všichni jsou zaměstnaní, nemám se na koho spolehnout, tak je to vo to těžší, no.“ (paní Anna)

„Synovi je to jedno, tedy ne jedno. Když mu řeknu, tak přijde pomoct. Ale sám nepřijde.“ (pan Marek)

STÁT

Respondenti v našem výzkumném vzorku až na pana Jana pobírají částečný nebo plný invalidní důchod. Považují jej za nutnou součást rodinného rozpočtu, protože vzhledem k bolesti, respektive souvisejícím psychickým potížím pro ně bylo/je obtížné pracovat na plný úvazek. Sociální podpora může být také hlavním tématem diskuzí v domácnosti. Pro respondenty má tedy důchod několik významů. Za prvé je jim oficiálně uznán nárok na bolesti, což často omezí obviňování druhými ze simulantství a nečinnosti a sebeobviňování pro méněcennosti a neschopnost. Dále pak je to určitý příjem do rodinného rozpočtu, nemocný člověk se nemusí cítit jako zátěž pro vlastní rodinu. A nakonec invalidní důchod umožňuje udržet si (i když nižší) socioekonomický status, čímž se opět snižuje frustrace a pocity bezvýchodnosti situace.

6 z 10 respondentů pracovalo vždy manuálně, což jim povaha jejich nemoci znemožňuje nebo přinejmenším znesnadňuje. Díky stálým změnám v důchodovém a sociálním zabezpečení je však přístup k invalidnímu důchodu mnohem obtížnější. Někteří respondenti vyjádřili přesvědčení, že zlepšení jejich zdravotního stavu je na jednu stranu úlevou, na druhou stranu se však zvyšuje jejich pocit distresu kvůli možné ztrátě invalidního důchodu.

*„Chcete pracovat a ta bolest vám to nedovolí. A teď se najde pár doktorů, který vám řeknou-jo, my vám důchod nemůžeme dát, protože jsou tabulky. **A to je to právě to neštěstí, že voni snad lidem ani nevěří, že ty bolesti takový jsou, málokdo.**“ (paní Anna)*

„Ta rodina si oddechne, řekne „Klidně si buď nemocná, hlavně, že máš aspoň ten invalidák!“ (paní Iva)

„Já vždycky říkám „Podívejte se, mně je pětáctýřicet, já ten důchod nechci“. No ale aspoň něco, aby byly nějaký peníze... No vždyť já se z toho musím zákonitě zbláznit...Ale člověka to rozčiluje těžce...Když člověk nemůže dělat, a chtěl by...“ (pan Jan)

Podstatnou, a snad i nezbytnou součástí léčby pacienta s chronickými bolestmi je podpora a pochopení vlastní rodiny a sociální komunity. V době, kdy si všichni zvykají na to, že akutní nemoc přechází v chronickou, objevují se různé typy reakcí. V průběhu času se postoj okolí taktéž v průběhu času mění. V našem výzkumném souboru respondenti zmiňovali dva typy reakcí. Prvním – a častějším – přístupem bylo nejprve přijetí situace, které přicházelo bezprostředně po operaci. Postupem času se však očekávalo, že problém je tím vyřešen, a

když problémy nemocného pokračovaly, přicházelo odmítání situace a shazování viny na nemocného. Respondenti zmiňovali především konflikty s partnerem, dětmi a v zaměstnání. V důsledku vyrovnávání se se změnami byla nakonec chronická nemoc a její důsledky pro všechny akceptována, a to především ze strany dospělých, v omezené míře pak ze strany dětí (které více vnímali nemoc přes nižší přístupnost a péči rodiče v důsledku výkyvů nálady a náhlých bolestí, a také z pohledu nutnosti vykonávat více domácích prací nebo odpustit si některé radosti, včetně dárků, výletů apod.).

*„Musím říct, že třeba na začátku, než manžel se s tím vyrovnal, s tím, že prostě nemůžu všechno dělat (...) **Ále, prosím tě! Tak tě to bude chvíli bolet a pak to zase bude dobrý!**“ (paní Eva)*

„Vlastně manžel, děti, že jsem líná si najít práci, že jsem neschopná, a tak dál. Protože jsem v podstatě měla pocit, že ta rodina ode mě nic jiného nechce, než ten ekonomický efekt (...) Až na výjimky se tedy všichni stavěli proti mně, protože ta bolest nebyla podepřená tím papírem (paní Iva)

Druhý typ reakce byl (kromě již výše uvedené reakce dětí) spíše opačný. Partneři a širší rodina, kteří zprvu přijímali problémy spojené s nemocí svého blízkého jako přirozený vývoj, postupně stále více vnímali vliv nemoci jak na interpersonální vztahy, tak na ekonomický status rodiny. U respondentů, kteří takto popisovali vývoj bolestí, se objevovaly nečistky pocitu viny za to, že svoji rodinu nepřiměřeně zatěžují, a také potřeba izolovat se v akutní bolesti tak, aby to nikoho neobtěžovalo.

„No moje přítelkyně to moc...no moc to nepřijala. Pořád jako že neušetřím na dovolenou, že nejsem v práci, že spíš jako se flákám, abych něco dělal...Ze začátku to tolik nevadilo, až později.“ (pan Marek)

„No, a když jsem dostala ten invalidní důchod, tak mi řekl můj šéf, že ten důchod není od toho, abych zůstala doma, že budu chodit do práce. A já jsem napřed byla i ráda, protože jsem chtěla pracovat.“ (paní Gabriela)

Kategorie V: STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

KOMUNIKACE O BOLESTI

V komunikaci o bolesti se v rozhovorech ukazovaly jako významné faktory osobnostní nastavení jedince k účasti na hovoru, a to ve smyslu potřeby sdílet své potíže, dovednosti

sdělit, co je potřeba a aktuální potřeby nebýt na starosti sám. Některé respondentky uváděly, že pokud jsou podrážděné a rozmrzelé, raději se veškeré komunikaci vyhýbají, respektive se dožadují soukromí a klidu.

○ **Potřebuji klid**

Tuto variantu volí respondenti v situaci, kdy potřebují dát najevo, že jsou unavení, podráždění a nechtějí být zatěžováni konflikty a problémy okolí.

„No to já raději s nikým nemluví. Řeknu ‚ted‘ je mi blbě, ted‘ mě nechte bejt‘, vypnu telefon a je to. Prostě jsem taková podrážděná, tak raději chci být sama...Přece nebudu na někoho ošklivá, on za to přece nemůže“ (paní Jitka)

„Jak bych to řekla, prostě jdu, zalezu do své místnosti, lehnu si a říkám ‚Dejte mi všichni pokoj, nechodte sem! A tam se s tím poperu, vezmu si tabletku nebo něco, odpočinu si a pak, když to povolí, tak zas jdu k nim. ‚Á, už je tady, už je to dobrý‘(směje se).“ (paní Anna, zde i další strategie - užívání léků a odpočinek)

○ **Nebýt na to sám**

Tuto strategii upřednostňovaly pouze některé ženy, a to ty, které považují rozhovor s blízkým člověkem za zdroj úlevy a pochopení. Ani jeden z respondentů však neuvedl rozhovor jako strategii pro zvládnutí potíží spojených s bolestmi.

„Víte co, pomáhám si sama. Takhle-různě popovídáme, probereme to... (paní Anna).

„Já se prostě potřebuju vykecat. Všechno to ze sebe dostat a pak se mi uleví (...). Když mě někdo naštvě, tak zavolám kamarádce a tý všechno řeknu.“ (paní Jitka)

Komunikace o potížích je velice náročná dovednost, a proto snad nepřekvapuje, že mnozí respondenti uváděli, že nedovedou o potížích mluvit. Za důvod označovalo především anticipaci odmítnutí, respektive absenci osoby, které by bylo možné důvěřovat a svěřit se. Ti otevřenější pak přiznávali, že by si přáli umět o problémech s bolestí vést konstruktivní hovor (tedy neupadat do bezmoci nebo obviňování druhých), ale zatím se to nenaučili. Potřeba komunikace o potížích a bolesti může být ovlivněna i introvertní povahou jedince.

„(Máte někdy potřebu o tom mluvit, jaké máte potíže nebo si to necháváte pro sebe?) Nechávám pro sebe...Nevím, jestli to k něčemu povede...Ale to málokdy, málokdy se stane, že bych si s někým o nich chtěl povídat.“ (pan Jan)

„ Já si právě o pomoc neříkám, já to neumím. Potřebovala bych právě pomoc od rodičů, širší rodiny, ale právě já to (...) Já prostě si všechno sama zařídím sama. A pak v té komunikaci je problém, jako to je, ale prostě se musím spolehnout sama na sebe.“ (paní Eva)

Vliv může mít nedávná negativní zkušenost a obavy, že kvůli stížnostem na bolest jej přestanou vyhledávat přátelé i členové rodiny. Jiným důvodem může být bludný kruh sebeobviňování, kdy celá rodina sdílí pocit bezmoci a úzkosti ze strádání blízkého člověka:

„Já už myslím, že jsem se dost naotravoval. Že je to nepříjemný druhému člověku, že to leze na nervy. Takhle postěžovat si, to jo, ale pak to rychle uzavřít. Ale nechci už nikoho obtěžovat... Tak třeba řeknu, že mám bolesti, když se někdo zeptá a konec. Už o tom nechci mluvit.“(pan Marek)

„No to voni přijdou jistě, nevědí, co by, jsou z toho taky nešťastný. Tak já se právě snažím, víte, aby to nebylo vidět, spíš se ještě snažím dělat, že mi nic není. Někdy skřípu zubama, až brečím, tak tam brečím v rohu a říkám si ‚bože, co všechno mě ještě potká‘.“ (paní Anna)

PŘEHLÍŽENÍ

Respondenti shodně uváděli, že v počátcích onemocnění si potíže nepřipouštěli a pokračovali v běžných činnostech. Respondenti, kteří jsou zaměstnaní, více než ostatní zdůrazňovali, že si nemohou dovolit bolesti příliš připouštět a snaží se je spíše vytěšňovat z mysli.

„Já už mám takovou mentalitu, že když je mi líp, tak bych se sedřela z kůže. No a pak zase když je zle, tak kleknu a je ze mě mrtvola.“(paní Jitka)

„Já jsem totiž takovej ten typ, jak se říká, že když lezou herci na jeviště, tak prostě fungují, pak slezou a jsou polomrtví...Takže tak to mám i já vlastně, no a pak přijde člověk domů...“(paní Eva)

PŘEKONÁVÁNÍ

V případě, že bolesti nelze přehlížet, zkoušejí někteří respondenti bolesti překonávat vůlí. Tuto strategii používají (nebo dříve používali) všichni respondenti v zaměstnání, někteří i

po příchodu domů (například pokud se starají o svoje děti nebo o vnoučata). I tento způsob zvládání, tak jak zmiňují respondenti, však není příliš efektivní, způsobuje nárůst intenzity bolestí a zvýšení unavitelnosti.

„No a chodila jsem do práce, starala jsem se o rodinu, manžela...Brala jsem to jako samozřejmost všechno (...). A všechno jsem táhla sama, měla jsem i tři zaměstnání.“(paní Beata)

„Pak už mě to moc bolelo, předtím jsem si ani neschopenku nebral. Jsem si říkal ‚Nebudu si brát neschopenku!‘ (...) Tak jsem to neřešil.“(pan Jan)

Rozhodnutí překonat bolest nastává v situacích, kdy bolest není jednoznačně identifikována jako ohrožující. V případě, že se daří pokračovat v běžných činnostech a bolesti se významně nehorší, pokračuje člověk ve své každodenní rutině. Nicméně ve chvíli, kdy bolesti příliš zaměstnávají jeho pozornost a omezují jej v aktivitě, tato strategie selhává. Podstatnou roli zde má i vnímavost a emoční naladění jedince.

AKCEPTACE OMEZENÍ

Přijetí omezení je strategie, která jedince i jeho okolí motivuje k vyhledávání nových způsobů myšlení a jednání, které mu umožní žít pro něj běžným způsobem. Respondenti, kteří dokázali ve větší míře (tedy kromě stavů těžkých bolestí) akceptovat, že určitá míra bolestí již nadále bude součástí života, vnímají svůj život jako naplněný a z velké části spokojený. Více se také zaměřují na vyhledávání dalších strategií, jak bolest situace akutní bolesti zvládnout, nespolehnou se na „zásah shůry“.

„Prostě jsem to brala, jak to šlo. Já jsem věděla, že třeba na ten sál už se nemůžu vrátit, protože prostě to bych nevydržela. Tak nějak prostě jsem už věděla, že to nejde a že se musím přizpůsobit, jak to je.“(paní Beata)

„Ale čím se to hojilo, tak ta bolest byla slabší. A asi jsem si zvykla. A zvykla jsem si s tím i žít. Naučíte se to. Jeden den je to lepší, druhý den je zase horší. Ale prostě dá se s tím žít, jo?“ (paní Gabriela)

Akceptace omezení zahrnuje nejen samotného nemocného, ale i celou jeho rodinu, a často i další blízké osoby. Nepředvídatelné změny fyzického stavu vyžadují od rodiny značnou flexibilitu, a určitá část povinností (například zajištění financí nebo péče o domácnost) se přesouvá na partnera nebo další rodinné příslušníky. Vzhledem k tomu, že pacienti

s chronickými bolestmi tráví mnoho času na rehabilitacích a v čekárnách lékařů, je nutné pečlivé plánování a tolerance i ze strany přátel a vzdálenějších příbuzných, na které pak nezbyvá tolik času. Díky výkyvům nálad a vzhledem k podrážděnosti, která se může objevovat na všech stranách, je pro akceptaci života s bolestmi nutná velmi dobrá komunikace dovnitř rodiny i vně. Akceptace jako strategie je tedy velice náročný proces.

„Musím zaklepat, že máme velice dobrý vztahy a hlavně on na mě bere ohledy. Vlastně když mi není dobře, tak mě nechá. Ví, že mi není dobře, já si zalezu a jsem zalezlá.“ (paní Eva)

Přibližně polovina respondentů popisovala potíže akceptovat bolesti spolu s pocity zlosti, úzkosti nebo podrážděnosti. Objevovaly se pocity viny a bezmoci, potíže najít způsoby, jak stav bolesti zvládat. Akceptace má tedy přímý vztah k pozitivnímu ladění, neakceptování bolesti pak vede dlouhodobě k negativnímu emočnímu ladění.

„Jsem takovej méněcennej, ale tak jakoby pracovně. Říkám si „seš kripí“, tak si jako nadávám... Ale už jsem si za ty roky zvykl.“ (pan Marek)

„Chvilí chodím, chvilí ležím, nebo se flákám. Flákám se. (...) Nic jinýho nedělám. Dojdu do obchodu, vrátím se, lehnu si (lehce udeří pěstí o stolec). Za chvilku musím vstát, protože mě to bolí. Prostě nevím.“ (pan Jan)

○ PŘERÁMOVÁNÍ

Někteří z respondentů se naučili pohlížet na chronické bolesti jako na jeden z aspektů svého života a dovedli toto naučit i svoje blízké. Naučili se dělat si krátkodobější plány, užívat si chvíle bez bolestí, a zároveň nevnímat bolesti jako trvale přítomné ohrožení. Tato strategie vede v krátkodobém měřítku k větší flexibilitě, v dlouhodobé perspektivě pak usnadňuje udržet si pocit kontroly nad nemocí a dle možností i hlavní cíle a plány, které člověk před nemocí měl.

„Takže bych vlastně mohla dělat tohle, a člověk by nechodil na ty směny, ale třeba se někde upíchl v nějaký ambulanci.“ (paní Eva, která pracuje na třísměnný provoz ve zdravotnictví)

„Dřív jsem to nesnášela, jít a říct si, tohle musím dělat. Ale teď už si to říkám, protože mám akorát dost a já jsem ten typ, kterej se pochválí, protože jsem to zvládla.“ (paní Hana)

Někteří respondenti tuto strategii nedovedli využívat, například pro nečekané výkyvy v intenzitě bolestí nebo na základě předchozí špatné zkušenosti. U nich pak docházelo k rezignaci na veškerou aktivitu a k rozvoji dalších psychických potíží.

„Já si třeba vymyslím, hele, půjdeme zejtra támhle koupat se nebo něco, a zrovna mě je tak zle, že nemůžu jít. No a vnučka je smutná a já taky. Tak už jsem se odnaučila plánovat i hodinu vopravdu dopředu. Nejde to.“ (paní Anna, dlouhodobě se léčí pro deprese)

○ ZPOMALENÍ

Časté bolestivé stavy přinášejí nutnost zvolnit a naučit se odpočívat. S tím má většina respondentů potíže, i díky společenskému tlaku na výkon a aktivitu. Klid a odpočinek tak v souboru respondentů v produktivním věku paradoxně přináší až odchod do invalidního důchodu. Větší šíře aktivit a relaxačních technik využívají ženy s vyšším vzděláním.

„No a to si člověk nejprve řekne „ježíšmarja“, no a pak si řekne „to je blbost!“ A pak když se vám zase tohleto stane, tak vás to jakoby vrátí a říkáte si „Šetři se, šetři se“. Protože ono na tom asi něco bude. Protože když člověk nebude poslouchat, tak prostě se něco může stát.“ (paní Jitka)

„No já když nemusím, tak nic nedělám. Ale když, tak máme zahrádku...třeba sekám trávu, pak si musím chvíli odpočinout, pak pokračuju.“ (pan Marek)

○ ZŮSTAT AKTIVNÍ

Zůstat aktivní znamená udržet si určitou denní rutinu a návyky, v přiměřené míře pak i koníčky, zájmy. Možnost pokračovat v dřívějších činnostech-se smířením, že vše nebude perfektní - respondentům dodává pocit určité kontroly nad nemocí a sebejistotu. Další varianta, která se nabízela, bylo najít si aktivity a zájmy, které mohou ty původní nahradit. Ukázalo se, že respondenti považují za podstatné nejen se zaměstnat, ale především vykonávat smysluplnou činnost, která bude užitečná a bude jim přinášet radost. Protože časté chronické bolesti znesnadňují fyzickou aktivitu a způsobují i potíže v podobě ranní ztuhlosti a pocitů slabosti, objevovaly se na prvních místech dlouhé procházky, plavání a rehabilitační cvičení. Kromě dvou žen a jednoho muže, kteří rezignovali na jakoukoliv další činnost a spíše se zaměřovali na překonávání bolestí při práci, se ostatní respondenti pokoušeli najít si také činnosti, zaměstnávající myšlení, ať u v podobě kurzů cizích jazyků nebo třeba v diskuzích o víře a náboženství.

„No já chodím cvičit, a taky to plavání ve vodě je úžasný, to mi pomáhá.“ (paní Jitka)

„Na procházce. Tam si vopravdu odpočinu. Když tedy nemám vyloženě tu akutní fázi, kdy člověk sotva chodí, tak mně pomáhají procházky. Někde v přírodě, to mám hrozně ráda.“ (paní Eva)

„No, já si nejvíc odpočinu paradoxně...já si nejvíc odpočinu, když nepotřebuju odpočívat...Mně dělá dobře, když se fyzicky vyčerpávám tím, co mě baví. Když sportuju, hejbu se, cvičím, tančím.“ (paní Iva)

Přestože sociální opora je velice důležitým faktorem pro uzdravování i pro zvládání obtíží, snad ještě více podstatné je, co pro sebe člověk s bolestmi udělá sám, než to, co dělá okolí. U starších lidí má dobrý vliv dlouhodobé plánování v čase namísto stálých změn plánů v obavě z bolestí a udržování si různorodých aktivit. Dalšími podstatnými faktory k udržení pozitivního pohledu pak jsou vytrvalost a víra ve vlastní možnosti (Sofaer-Bennett et al., 2007).

„Vím, že se mi, nebo teď jsem v poslední době vysledovala, že když to rozchodím, do slova a do písmene, že je to lepší.“ (paní Iva)

○ ROZPTÝLENÍ POZORNOSTI

Tato strategie zahrnuje odvracení pozornosti od bolesti a každodenních starostí k zájmům a koníčkům, lehčí práci nebo relaxaci. Všechny tyto strategie, které jsme zařadili pod jednu subkategorii, usnadňují respondentům zvládat období, kdy se intenzita bolestí zvyšuje a jejich pracovní tempo se výrazně snižuje. Všechny jmenované činnosti přinášejí respondentům psychické a fyzické uvolnění, radost, klid, a zároveň zvyšují zájem o okolní svět.

„Jako nejsem přítelem toho, abych chodil do hospody a řešil tam bolesti. Spíš se bavím ve ženskéch, a ne ve tomhle. Dřív jsem chodil tejdne, teď míň.“ (pan Jan)

„Nák se furt ještě snažím zabavit-nebo knihou, hezký čtení, časopisy... No vono u tohohletoho moc nejde!“ (paní Anna)

„Ale furt se snažím zabavit alespoň těma kytičkama, říkám, musím je zalejt. To je jediný, co mě ještě tak zbývá (...) Tak jsem se upnula k těm vnučátkům, s těma je veselo, nemusí člověk na nic myslet...když to jako jde (usmívá se).“ (paní Beata)

BÝT SÁM (SE) SEBOU

Naopak odpočinek ve formě klidu a samoty vyžadují (ne překvapivě) ženy, pečující o domácnost a děti:

„No a manžel chodí pozdě domů a potřebuje se najíst a tak řák všechno obstarat, takže někdy je to takový-jsem někdy opravdu unavená. Nejenom z tý bolesti, ne z bolesti! To je spíš psychický. Že člověk je unavenej z tý bolesti, takže nejradši by zalezl a chtěl mít klid, ale prostě nejde to“ (paní Eva).

Nezřídka však i starší respondentky s dospělými dětmi naráželi na problém se odpočinku o samotě domoci, protože jejich děti jim často dávají na starost péči o vnoučata: *„No někdy bych si odpočala, ale mám vnučku zase. No a tu nemůžu posadit někde ,A maluj si.‘ Tak to mě někdy unavuje“ (paní Jitka).*

Dalo by se také diskutovat o variantách, které jsou pro jednotlivé respondenty ve skutečnosti dostupné. Někteří z respondentů poukazovali na to, že s bolestmi si odpočinou pouze po masáži nebo v teple u moře, tyto varianty jsou však pro ně z finančního hlediska nedostupné.

„Sednu si na zápraží a říkám „Kam bych chodila a jezdila, tady je to moje a tady jsem šťastná“. (paní Hana)

„A pak si taky nejvíc odpočinu, když jsem doma sama, je ticho, nemusím nikoho poslouchat. Z jedny strany hladím kocoura, z druhé hladím psa.“ (paní Iva)

ÚLEVOVÁ POLOHA

Úlevovou polohu považujeme za osvědčenou strategii, jak si v nepříjemných situacích alespoň trochu odpočinout od bolestí. Z 9 respondentů vyhledává úlevovou polohu asi polovina z nich. 4 neznají žádnou polohu těla, která by jim přinesla byť dočasnou úlevu. Tři ženy uvedly leh na zádech nebo v polosedě jako jediný možný odpočinek (*„Když je to horší, takže si kleknu a jako si sednu na paty a protáhnu se. A to je velká úleva.“*). Někteří respondenti uváděli, že jsou schopni všeho nechat (i když jsou v práci) a jít si třeba lehnout, když jsou bolesti příliš intenzivní.

UŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Vzít si lék patří mezi základní strategie zvládnání bolesti u našeho výzkumného souboru. Respondenti považují tuto možnost za uklidňující a většina z nich léky bere ještě dříve, než dojde k rozvoji bolesti, přičemž jen v některých případech jde dávku doporučenou lékařem. Rozhodující bývá obvykle intenzita bolesti, obavy, že by se bez léků bolest nedala zvládnout, anebo pocit, že jiných možností zvládnání, například odpočinku nebo zmírnění pracovního tempa nelze dosáhnout.

„No, a když mám bolesti, tak prostě zalezu a nacpu se lékama a odpočívám.“ (paní Beata)

„Beru hodně prášků, ale furt je to nějak málo. Já jsem si připadala nějak tak jako feťák, tolik tohohle a onohle. No ale ono vám to tu bolest veme, jo. To vám vůbec ani nepřijde, že máte něco, prostě, že něco berete, ten prášek, ta bolest to vopravdu spolyká.“ (paní Anna)

„No tak dobelhám se někam, ale nosím sebou prášky, a ty si hned vezmu, když už nic nepomůže.“ (pan Marek)

VYHÝBÁNÍ

Pocity strachu a následné vyhýbání se aktivitám se projevovaly u osmi z deseti respondentů, a to především ve vztahu k plánování, pohybovým aktivitám a cestování, k zaměstnání a v intimním styku s partnerem. S vyhýbáním se pojily pocity strachu, obavy, nejistoty, emoční rozlady a pocitu nízké kontroly nad situací. Respondenti byli výrazně ovlivněni předchozími zkušenostmi, a právě faktory silné negativní emoce a hodnocení bolesti jako nezvladatelné, je vedli častěji k volbě této strategie. Tato strategie nebyla uváděna ve vykonávání běžných denních aktivit, pravděpodobně proto, že respondenti, kteří byli doma s invalidním důchodem, měli možnost si činnosti naplánovat, a ti, kteří pracovali, museli denní plány a pracovní činnosti nějak zvládnout. U dvou respondentů tato strategie byla využívána jen okrajově, v situacích silných, záchvatovitých bolestí. Výpovědi jsou tentokrát řazeny podle situací, ve kterých byla tato strategie využita.

„No víte co, já to mám v mysli furt, protože tenkrát mi ten pan docent řekl, že záleží na mně, jak dlouho budu chodit. Že stačí mi tu nohu zlomit a už mě nikdo nedá dohromady.“ (paní Anna)

Cestování

Omezování cestování a návštěvy příbuzných a přátel byly nejčastěji doprovázeny očividným dyskomfortem a touhou situaci překonat. Problémy s cestováním a návštěvami uváděly pouze ženy, tato volba byla obvykle motivována katastrofickými představami o tom, co všechno by se mimo domov mohlo stát, a na druhou stranu byla doprovázena pocity viny z omezování ostatních členů rodiny. Muži v našem souboru i přes bolesti, které jim cestování v autě či autobuse přináší, byli schopni krátké cesty zvládnout, snad i vzhledem k tomu, že oba obecně nejvíce času trávili na cestách v autě a byli na něj uvyklí.

„Takže na takový to cestování...no to si nedovolím. My jsme jezdili na Moravu tři v autě, a to mě musel muž zastavovat, a musela jsem si přeseďat různě. A bojím se toho.“(paní Gabriela)

„Proto musím bejt hodně vopatrná, no. No takže nedělám žádný zbytečný zájezdy nebo výlety, fakt to ne už. To jsem taky ráda jezdila, ale teď už...bojím se.“(paní Gabriela)

„Člověk se bojí, aby neprochladl, prostě člověk už na sebe musí dávat pozor“.(paní Eva)

Zaměstnání

Strategie vyhýbání se ve spojitosti se zaměstnáním zní možná trochu pejorativně. Přesto má díky změnám v myšlení nemocných své opodstatnění. Všichni respondenti udávali, že vnímají velký tlak na to, aby začali opět vydělávat. Ten přicházel jak zvnějšku-ze strany zaměstnavatele, rodiny, přátel, tak z osobního přesvědčení, že neschopnost pracovat poukazuje na snížení osobní kvality člověka (tento postoj se typicky projevoval hlavně u obou mužů).

„Já nevydržím dlouho sedět, nevydržím dlouho stát. To jsem si říkal, že bych dělal jinou práci...a já, když mě to chytne, tak jdu po čtyřech, v předklonu. A já bych se do té práce nedostal.“ (pan Marek)

„Protože si na to prostě zvyknete na ten stav. Zaprvé na ten důchod, když ho máte deset patnáct let. Zvyknete si na to, že na vás nemůže být vyvíjen takový tlak v té společnosti, počínaje rodinou a konče úřadama.“ (paní Iva)

Aktivní pohyb

Pohyb v přírodě, cvičení a rehabilitace jsou pacientům doporučovány vždy, především proto, aby se potíže pasivitou a ochabováním svalů nezhoršovaly a bolestivé stavy nepřecházely do chronické fáze. Respondenti s dlouhodobými bolestmi udávali, že se cvičení věnovat snaží, nicméně jen někteří vnímali pozitivní efekt rehabilitace, a někteří dokonce měli pocit, že po cvičení se jejich stav zhoršuje, a proto se mu také vyhýbají. Dvě mladší respondentky uváděly, že dostávají ohledně pohybových aktivit zcela rozdílná doporučení, což pak ústí ve střídání období s nadměrnou aktivitou a období, kdy se bojí téměř i jen chodit, aby si nepřihoršily zdravotní stav. Naopak jak muži, tak ženy litovali, že se nemohou naplno věnovat oblíbeným sportovním činnostem, jako je fotbal nebo jízda na kole.

„No na kole se snažím jezdit. To mi taky nedoporučují, protože jo. No tak jen na nákup krátce, jinak ne. Abych se vydala někam na vejlety, tak to jako ne. To taky chůzi-taky daleko nedojdu (...) No a pak taky hodně pohybu, hodně chodit, takže snažím se, alespoň jeden den. No ale už taky ne.“ (paní Gabriela)

„Nebo někdy udělám špatnej pohyb a zkroutí mě to...musím si třeba kleknout na chodníku (...). No tak prostě jsem doma...“ (pan Marek)

Rehabilitace

„No já jsem cvičil první dva roky. Ale pak jsem toho nechal, myslím, že to nemá cenu. Ono se to tím spíš asi zhoršuje ještě....“ (pan Marek)

Sport

„No ono mě to omezuje ve všem. Třeba se bojím sednout na kolo. Ale prostě jsou takový věci, co už se bojím. Jako možná by mi to neublížilo, ale tak nějak podvědomě se bojím, že by se mohlo něco stát.“ (paní Jitka)

Všichni respondenti uváděli různé příklady aktivit, které se již neodvážejí dělat, poukazovali na činnosti, ve kterých je bolesti omezují, nepříjemné reakce rodiny, vyžadovali moji účast a pochopení. Nicméně jen u dvou respondentů při zaměření na konkrétní každodenní situace stále přetrvávaly obavy a pasivita. U ostatních byly obavy a pocit omezení spojeny spíše s akutním zhoršením bolesti a s nástupem chronicity, kdy byli oni i jejich okolí nuceni se adaptovat.

Kategorie VI: NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Výrazně stresující situace jsou faktorem, který ovlivňuje i průběh léčby zdravotních potíží a může spolupůsobit v rozvoji chronické nemoci. Tři respondenti uváděli, že zážitek extrémního psychického vypětí vedl k zhoršení průběhu nemoci, pocitům bezmoci a následně přispěl i k rozhodnutí odejít do invalidního důchodu. U některých pak došlo jen k přechodnému zhoršení bolestí.

„No, jsem vdaná a měla jsem dva syny. V té době mně ten starší zemřel, takže teď je to ještě komplikovaný, prostě tím úmrtím, to jsem se sesula úplně (...) S tím se nemůžete vyrovnat do konce života.“ (paní Beata)

„Víte, každá situace se musí umět zvládnout a musí se asi i o tom mluvit...já jsem o Katce (vnučka, zemřela krátce po porodu, pozn.) strašně dlouho nemluvila. Teď už dokážu, aspoň takhle. Mluvit chce, mluvit s někým, furt! A musí se to zvládnout, ty problémy.“ (paní Hana)

„Ježíš, starostí moc. Ať už to bylo s dětma (suicidální pokus dcery 4 měsíce před odchodem na nemocenskou, pozn.), ať už když ségra umřela, rodiče, táta, když jsem byl malej...prostě děda, prostě to. To v člověku zanechá nějakou stopu, že jo. Prostě určitě zanechalo.“ (pan Jan)

3.3 Kazuistiky

Chronické bolesti u respondentů byly popisovány v kontextu dlouhodobých, každodenních obtíží anebo jako vlny akutní bolesti, které se střídají s obdobím úlevy a klidu. Vývoj percepce a kognitivního hodnocení bolestí jako ohrožujícího nebo neohrožujícího faktoru se lišil především v souvislosti s aktuálním emočním rozpoložením, mírou únavy a také s hodnocením bolestí na základě předchozích zkušeností. U každého respondenta se objevovaly různorodé situace a životní události, které se na prožívání bolesti i stresu významně podílejí. I z důvodu malého výzkumného souboru nemůžeme vytvořit nějaký obecný model zvládání bolestí, který by měl predikční hodnotu pro většinu pacientů. Na základě dříve uvedených teorií a výzkumů a na základě kvalitativní analýzy jsme definovali 3 různé modely copingu. Pokusíme se tedy na třech krátkých kazuistikách popsat vzájemný vztah emočního prožitku a hodnocení bolesti, sociální opory a strategií zvládání.

PROAKTIVNÍ COPING - PANÍ EVA

Paní Evu (45 let) trápí bolesti od třiceti let, kdy u ní došlo v důsledku trvalého přetížení k prolapsu meziobratlové ploténky a následné operaci. Po operaci se paní Eva rychle zotavovala a během několika měsíců se vrátila do původní práce ve zdravotnictví. Po půl roce však došlo ke zhoršení potíží, a to především k nečekaným, opakovaným bolestem v oblasti bederní páteře, a také ke snížení citlivosti a pohyblivosti v levé noze. Paní Eva začala svůj stav více pozorovat, ale teprve po roce, kdy se bolesti nedaly zvládat, vyhledala odborného lékaře - neurologa. Ten i přes důkladná vyšetření žádná další poškození nenašel – což zvýšilo Evinu frustraci a obavy, zda není vážně nemocná-a poslal ji ke svému kolegovi, ortopedovi.

Po dalším půlroce a po mnoha vyšetřeních u různých lékařů ji všichni svorně prohlásili za zdravou a Eva tedy usoudila, že její zdravotní stav je v normě a bude se s bolestmi muset poprat sama. V práci jí naštěstí vyšli vstříc - dostávala méně nočních služeb, a více odpočívala o přestávkách. Nicméně odhodlání bolesti „přeprat“ dlouho nevydrželo-léky proti bolesti nezabíraly a partner a tehdy ještě malé děti vyžadovali od paní Evy plné nasazení, a to jak po pracovní, tak po citové stránce. Nakonec se jí podařilo dostat do centra bolesti, kde se jí dostává komplexní péče, včetně léčby opiáty, které jí pomáhají zvládat nejhorší chvíle.

Eva musela změnit postoj – přes původní přecházení bolestí a popírání potíží před sebou i okolím se učí, že akutní bolest lze jen někdy rychle zvládnout zmírněním aktivity nebo rehabilitačním cvičením. Někdy je ale třeba požádat o pomoc svoje okolí, více odpočívat. Pro ni samotnou je nejdůležitější, že si dokázala udržet práci a může se věnovat i nadále svým zálibám, včetně sportu. Naopak stále ještě hledá způsoby, jak změnit svůj způsob života, včetně změny pracovního tempa a doufá, že se její zdravotní stav nebude horšit.

Proaktivní coping se u paní Evy, stejně jako u dalších respondentů pojil s určitými osobními charakteristikami a postoji, které jim pomáhali adaptovat se na chronické bolesti. V hodnocení bolesti byli respondenti schopni „přečíst“ signály těla, a v různé míře rozlišovat, zda je potřeba bolesti věnovat pozornost anebo zda je vhodnější nevíšmat si jí. Postoj k životu s bolestmi byl popisován jako střídavě optimisticko-pesimistický. Převládala však určitá jistota kontroly nad současným vývojem nemoci. Při zhoršení

intenzity bolestí a přidružených potíží se přechodně dostavoval strach a úzkost, a na ně přirozeně navazující frustrace a distres. Ten však nevedl k vyhýbání a bolestivému chování, protože respondenti byli schopni mít negativní pocity a myšlenky většinu času pod kontrolou (např. Ong, Zautra & Carrington Reid, 2010), a úzkost nebo zlost tak nezasahovali zásadním způsobem do procesu zvládání.

Znaky proaktivního copingu pak byly popisovány v celém životě člověka. U paní Evy to byla například schopnost naučit se požádat o pomoc při potížích, díky které si může dovolit častěji odpočívat a koncentrovat se na zlepšení zdravotního stavu. Rozhodla se rozšířit si vzdělání, aby mohla dělat práci, která její organismus tolik nepřetěžuje, a také aby si splnila svůj dlouholetý sen. Důvěřovala sama sobě, že s určitými úpravami životního stylu jí změny pomohou překonat náročné životní období – vnitřní LOC. Zvládnutím náročných životních změn se pak projevilo v posílení sebevědomí, resilience a self-efficacy, a jít s důvěrou v sebe sama do náročnějších situací. Důležitou součástí copingu bylo také zvládání negativních emocí a dovednost vyjádřit zlost nebo strach (pro zvládnutí stresu je někdy potřebná také odpovídající odezva okolí).

U mladších respondentů se projevovala vyšší neochota akceptovat a přizpůsobovat se bolestem. Důvody mohou být různé, nejčastěji se však objevovaly představy o rolích, které člověk ve společnosti chce a musí nadále zastávat (matka malých dětí, hlavní živitel rodiny, student), a potřeba udržet si kladné sebehodnocení, které ze sociálních rolí částečně vyplývá.

PASIVNÍ A VYHÝBAVÝ COPING - PAN MAREK

Příkladem jiného způsobu vyrovnávání se s nemocí je příběh Marka (56 let), kterého trápí bolesti 7 let. Prolaps ploténky přišel nečekaně, a lékaři si neuměli vysvětlit, jak k němu mohlo dojít. Po operaci páteře se stav zlepšil, ale již po 1,5 roce se bolesti v nečekané intenzitě vrátily. Marek byl odeslán do neurologické ambulance se zaměřením na léčbu bolesti. Změnil ve svém zaměstnání pracovní pozici, a i díky obětavé partnerce to vypadalo, že se s potížemi začíná vyrovnávat.

Nicméně po dalších šesti měsících se bolesti opět zhoršily, a to jak při aktivitě, tak i při odpočinku. Marek nikdy nepovažoval bolesti za problém, byl zvyklý ze sportu leccos

překousnout, ale najednou to nešlo. Začal tedy více věnovat pozornost situacím, kdy se bolesti horší, a postupně se jim vyhýbat. Přestal sportovat, jezdit na výlety, cvičit a nakonec i chození omezil na nutné minimum. Marek soudí, že partnerka jej loni opustila proto, že nedokáže vydělávat peníze a že se málo snaží vyléčit. Od té doby se bolesti neudržitelně zhoršují. Léky pomáhají jen v minimu případů.

Marek má potíže v každodenních činnostech, a to především proto, že se nikdy pořádně nevyspí, přes den se pak nemůže na nic soustředit, je podrážděný, unavený. Stále však chce všechno dělat sám, neumí si představit, že by žádal o pomoc. Když jej však bolesti trápí, jde spíše k lékaře, aby mu řekla, co má dělat – vnější LOC. Občas-když je mu lépe-se snaží „zabrat“ a dohnat, co se dá. To mu přivodí ale další bolesti, a pak si dlouho dává pozor, aby nedělal nic náročného. Nemá představu, co s ním bude dál, nemá žádné plány. Na příběhu pana Marka je zajímavá okolnost, že bolesti i situace, které se v jeho životě objevují, tak nějak „samovolně“ přicházejí a odcházejí, on sám dokáže popsat svůj život v posledních letech jen v kontextu bolestí zad a kyčlí. U některých pacientů s projevy alexithymie nebo jiných psychických potíží se neschopnost správně vnímat signály těla a vlastní emoce objevuje opakovaně. Lidé pak pociťují frustraci a obavy, cítí se vůči výkyvům svého zdravotního stavu bezmocní – syndrom bezmoci a beznaděje se častěji objevuje ve spojení s nízkou resistencí a self-efficacy. Naopak narůstají katastrofické tendence, a také bolestivé chování, kterým se jedinec snaží získat další podporu a pomoc. Bolesti jsou trvale hodnoceny jako ohrožující stav a pocity úzkosti a strachu se častěji objevují i při běžných fyziologických procesech (například bolesti svalů po delší chůzi jsou považovány za zhoršování celkového tělesného stavu). Předpokládáme, že tito pacienti budou více upadat do rezignace na hledání nových způsobů zvládnání, a jejich nepříznivý zdravotní stav se bude bez odborného zásahu prohlubovat.

EFEKTIVNĚJŠÍ VYUŽÍVÁNÍ ZNÁMÝCH STRATEGIÍ - PANÍ HANA

V této kazuistice jsou pro lepší představu uváděny kódy v závorkách za textem. Paní Hanu (67 let) trápí bolesti již od 18 let, sama říká, že vždy žila jako na houpačce-dva roky bez bolestí, tři roky s nimi (střídání bolesti a únavy). S bolestmi vždy pracovala, vychovala několik dětí (invalidita). Nic jí na bolestech zad už nemůže překvapit, přestože zažívala i doby, kdy si s nimi nevěděla rady a propadala zoufalství (strach a úzkost nahrazeny optimismem a nadějí). Podle vlastního vyjádření prožila mnohem náročnější situace - úmrtí

vnučky – a možná i ty se podepsaly na přechodném zhoršení obtíží (náročná životní změna). O bolestech míní, že k ní už tak nějak patří (Akceptace) a lékařku a léky vyhledává jen v nouzových situacích (Užívání léků, Sociální opora- Lékaři a zdravotníci). Když byla hodně mladá, dostávala se kvůli bolestem zad až do nemocnice. Zpočátku jí považovali za simulanta – stigmatizace (např. Slade et al., 2009b), teprve po letech jí byly bolesti „uznány“ (Sociální opora). V průběhu let - a také díky své extravertní povaze – se naučila vyjednat si odpočinek a klid (Zpomalení), pokud jí je zle, a opět zabrat, když to vypadá, že bolesti už lze překonat-perseverace (např. Sofaer-Bennett et al., 2007). Dnes už více odpočívá a užívá si klidu a samoty, pokud to lze, povinnost s klidem deleguje na manžela nebo vnuky. Nejvíce energie jí dodává práce na zahrádce (Zůstat aktivní), příroda (Být sám (se) sebou), péče o vnoučata (Rozptýlení). A schopnost smát se i v náročných chvílích (Optimismus a naděje). A když je jí zle, zavolá kamarádce, nebo si popovídá s manželem (anticipovaná a dosažitelná Sociální opora, komunikace – Nebýt na to sám), protože *‘Vše se dá zvládnout, když na to člověk není sám’*, jak sama říká.

Mnoho starších pacientů žije s bolestmi již dlouhou dobu. Někteří postupně na veškeré činnosti a zájmy rezignují a věnují v lepším případě čas návštěvám lékaře, v horším případě zůstávají v obavách z úrazu zcela izolovaní doma. Jiní však překvapují svou činností a radostí učit se nové věci. Obvykle již nejsou ochotni na svém myšlení nic měnit - znají omezení, která jim různé potíže, včetně bolestí, přinášejí a mají několik osvědčených způsobů, které jim pomáhají. Jen máloco je na bolestech může překvapit.

Strach, obavy a zlost ze zhoršování fyzické kondice se objevují také, mívají strach, aby se její stav nezhoršil a nezůstali odkázáni na péči dětí. Strach z bolestí se objevuje často, starší lidé jsou také „pocitivější“ v užívání léků. Problémem může být akceptace bolestí a dalších chronických onemocnění jako součást života-zatímco okolí bere projevy nemocí jako přirozenou součást stárnutí a nutí nemocné, aby si zvykli, oni sami by rádi potíže odstranili.

4. Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat strategie zvládání chronické bolesti a faktory, které se na způsobech zvládání spolupodílejí, především pak na změny v myšlení, v prožívání a v chování. Přestože realizační částí výzkumu předcházela důkladná teoretická

i organizační příprava, objevovala se průběžně různá omezení výzkumu. Tato část práce se věnuje otázkám, které v průběhu výzkumu vyvstaly, a které by v případě dalšího výzkumu bylo potřeba vyřešit.

4.1 Výzkumný soubor

V konečném souboru bylo zastoupeno 10 respondentů, 8 žen a 2 muži. Výzkumný soubor není vzhledem ke svým charakteristikám reprezentativní pro celou populaci, nicméně je reprezentativní pro populaci lidí s chronickou bolestí pohybového systému. Přestože vyšší počet by mohl zvýšit variabilitu získaných informací, považují tento počet pro kvalitativní výzkum za dostačující. V současnosti se rozhovor v rámci studií objevuje ve studiích spíše jako předvýzkum a není z něj dělána analýza. Lze tedy jen obtížně porovnávat výsledky v rámci této problematiky. Z několika studií u pacientů s chronickými bolestmi v oblasti zad, které jsou dostupné v online databázích, se objevují mmj. tyto charakteristiky:

Tabulka 2: vybrané charakteristiky u vybraných kvalitativních studií

Autor	Výzkumný soubor (N)	Pohlaví
Slade et al., 2009b	18	12 žen, 6 mužů
Slade et al., 2009a	12	12 žen
Brown et al., 2010	7	5 žen, 2 muži
Sofaer-Bennet et al., 2007	63	67% ženy, 33% muži
Upshur et al., 2010	72	68% žen
Damsgård et al., 2011	10	5 žen, 5 mužů
Silvia et al., 2011	10	10 mužů
Norman et al., 2010	12	nezjištěno

Výzkumný soubor byl složen z 80 % žen a 20% mužů, ve věkovém rozmezí 43-67 let. Tento poměr je poněkud vyšší ve prospěch žen oproti jiným výzkumům, a byl dán především ochotou pacientů ke spolupráci, přičemž ženy projevovaly větší ochotu, respektive i zájem. Ve výzkumech, které se primárně nezaměřují na určitou věkovou skupinu, se věkový rozptyl liší. V některých studiích se věk respondentů pohyboval i v rozmezí 40 let (např. Woby et al., 2005; Greenglass & Fiksenbaum, 2009; Slade et al., 2009b; Upshur et al., 2010), v jiných studiích (např. Kraaij, 2002; Greenglass et al., 2006; Sofaer-Bennet et al., 2007) byl věk vymezen úžeji, v tomto případě na 60-87 let.

V případě další studie by bylo vhodné vybírat do výzkumného souboru respondenty tak, aby se zvýšila variabilita odpovědí. Možností by byl například kvótový výběr určitého počtu respondentů dle věku, profese nebo rodinného stavu. Jinou variantou – časově i finančně náročnější – by pak mohl být sběr dat na různých pracovištích po České republice.

Domnívám se však, že v případě kvalitativní studie a v případě sběru dat v centrech bolesti by bylo mnohem náročnější získat do souboru více mladých respondentů. V průběhu výzkumu byli zejména mladší ženy a muži byli méně přístupní strávit další hodinu v ordinaci lékaře. Není zřejmé, zda důvodem bylo přímo odmítání účasti na výzkumu, anebo se jednoduše museli vrátit do práce, vyzvednout děti ze školky apod. Jedním z možných řešení, o kterém jsme uvažovali již v době přípravy výzkumu, by bylo oslovit potenciální respondenty otevřeným dopisem, případně přes jejich ošetřujícího lékaře ještě před samotným datem výzkumu, a pak je jednotlivě kontaktovat podle jejich časových možností. Tento způsob byl preferován samotnými lékaři, nicméně nebyl příliš efektivní – ve dvou zařízeních, kde jsme se takto pokoušeli získat respondenti, se po 4 měsících do výzkumu nezapojil nikdo. Další variantou by mohla být finanční nebo jiná materiální kompenzace. Tento způsob je nezdědka využíván v zahraničí i v České republice, a to především u grantových projektů. Jeho výhodou je rychlá dostupnost vysokého počtu motivovaných respondentů. Nevýhodou pak především finanční náročnost a nutnost velice dobře vypracovat projekt s ohledem na etická a morální pravidla. Vzhledem k účelům výzkumu a k finančním možnostem autorky této práce však nebyl považován za vhodný.

Většina studií pracovala s jedním typem onemocnění, většinou však s nespecifickými bolestmi dolní části zad (např. Croft et al., 1998; Vlaeyen, Linton, 2000; Sullivan et al., 2001), bolestmi hlavy, poraněním páteře (Norman et al., 2010). Jiné se zaměřovali na sociálněekonomický dopad různých typů bolestí (Silvia, Sampaio, Mancini, Luz & Alcântara, 2011). V mém souboru se jednalo o pacienty s různými nespecifickými bolestmi zad. Pacienty na základě kritérií vybírali sami lékaři, přesnou diagnózu jsem však neměla jsem možnost získat – pacienti ji sami většinou neznali a s ohledem na etický kodex zdravotních zařízení jsem neměla přístup k žádné zdravotnické dokumentaci. Zajímavé by bylo porovnat pacienty s určitým typem onemocnění – například fibromyalgií – s pacienty s nespecifickými bolestmi zad, u kterých se předpokládá vyšší vliv psychosociálních faktorů.

Oslovení pacienti všichni docházeli pravidelně do centra nebo ambulance pro léčbu bolesti. Tento způsob jednání v nemoci nebyl výše diskutován, přestože se jedná o další ze strategií, jak bolest zvládat. Je velice obtížné představit si dnes člověka, který by s krutými bolestmi alespoň někdy nenavštívil lékaře. Protože byly návštěvy center vlastním kritériem výběru respondentů do souboru, nepovažovala jsem za vhodné zařadit toto chování do výsledků výzkumu. Nicméně z tohoto faktu vyplynula otázka pro případný výzkum, a to, zda nebylo vhodné doplnit výzkumný soubor o kontrolní skupinu pacientů, kteří trpí chronickými bolestmi, ale nechodí ani do center ani do ambulaní bolesti, anebo o skupinu lidí zdravých.

4.2 Metoda rozhovoru

„V situaci výzkumného rozhovoru respondent konstruuje „tady a teď“, vlastní sebedefinici určenou právě jen výzkumníkovi“ (Švaříček & Šedřová, 2007, s. 209).

Již po prvním rozhovoru jsem zjišťovala, že není snadné zaujmout roli nezaujatého, zvědavého posluchače, ale jsem respondenty vtahována do dialogu, případně do rozhovoru, ve kterém se často objevovaly skryté nebo otevřené nepřátelské nebo naopak příklonové emoce. Příkladem může být například jednoznačně agresivní reakce dvou respondentek, které ve mně viděly zdroj nepříjemných pocitů (protože jsem mladá a zdravá a nevím, čím ona musí procházet) a protože rozhovor se mnou je nesmysl stejně jako dřívější zkušenost s jinými psychology nebo psychiatrem (ale když jste to chtěla, tak poslouchejte). Vzhledem k povaze této práce nebylo možné uskutečnit rozhovory ve dvou nebo více lidech, přesto bych se přikláněla k možnosti uskutečnit s každým respondentem dva rozhovory ve dvou termínech, nejlépe v rozdělení žena-muž.

Přirozeně se projevoval rozdílný způsob, jakým respondenti komunikovali o bolestivých stavech se mnou, s lékařem, fyzioterapeutem nebo zdravotní sestrou (příčemž v rozhovoru se zdravotníky se nejčastěji projevovaly tendence agravace potíží a potřeba účasti od lékaře a naopak hostilní a vyžadující tendence směrem ke zdravotním sestrám. Toto pozorování v žádném případě nelze generalizovat, podobné projevy u některých pacientů i zdravotníků však popisují i jiní autoři (Šimek, 1994; Vlaeyen & Linton, 2000; Raudenská, 2004).

4.3 Rozsah tématu, výzkumné otázky

Obsah polostrukturovaného rozhovoru byl diskutován se dvěma lékaři a dvěma psychology, některé otázky byly přeformulovány, některé přidány („Kdy jste si začal/a zvykat na fakt, že bolesti budou součástí vašeho života?“), některé naopak vypuštěny („Jak byste popsal/a vaši bolest?“) Výzkumné otázky byly koncipovány široce, a proto se ve výsledcích objevují nejen kategorie zvládacích strategií, ale také percepce bolesti, hodnocení – kognitivní a emoční a dostupná sociální opora. Považovali jsme za podstatné ponechat tyto kategorie ve výzkumu, mají totiž přímý vztah k našim výzkumným otázkám i přímý vztah ke strategiím zvládání.

Pro příště by bylo vhodné zúžit téma práce na více konkrétní aspekty zvládání. Z výsledků této práce považuji za velmi nadějný směr více prozkoumat osobní postoje jedince k bolesti, jejichž součástí je hodnocení a postoj blízkého okolí a komunity, ve které pacient žije. Dalším zajímavým faktorem se ukázal být způsob prožívání komunikace, který se liší jak v akutní fázi bolesti, tak v jejím chronickém průběhu - a to jak u komunikace pacienta s bolestmi, tak u jeho blízkých osob, které bývají do této situace přímo vtaženy.

V průběhu výzkumu jsem si opakovaně pokládala otázku, co je vlastně cílem některých deklarovaných strategií zvládání, zda mírnění bolesti, získání pozornosti anebo třeba jen neschopnost počínat si jinak, rezignace na hledání dalších řešení. Rozdílly se projevovaly především v tom, jaké události a denní situace považují respondenti za nejvíce stresující a obtěžující. Bolest se jako nejvíce stresující podnět objevila na prvním místě jen u dvou z nich. U ostatních figurovala obvykle na druhém místě za dlouhodobými psychickými, sociálními a ekonomickými obtížemi. Někdy se tedy měnil i způsob pokládání otázek-od přímého zaměření na bolest, o které někteří respondenti nechtěli vůbec mluvit („Není to problém.“- paní Jitka), anebo jim nerozuměli, na neutrálnější formu - místo slovo bolest slova potíže, problémy, náročné situace. Z výsledků rozhovorů vyplývá, že otázky na zvládání stresu a bolesti jsou dobře zaměřené, nicméně by bylo vhodné některé z nich přeformulovat a zjednodušit tak, aby nedocházelo ke zbytečnému zkreslení. Možnou metodou by pak bylo předložit navržené otázky několika lidem bez hlubší znalosti problematiky chronické bolesti s žádostí o popis toho, jak jim rozumějí.

4.4 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal vždy jeden den s jedním respondentem, žádný z nich v době výzkumu nepřišel dvakrát. Tím – a vzhledem k tomu, že se respondenti navzájem neznali – byla vyloučena možnost, že by si mohli o obsahu rozhovoru říct a připravit se na něj předem.

Hlavním problematickým místem byla samotná organizace výzkumu a spolupráce se zdravotnickým zařízením. Velmi často se stávalo, že se nenašla místnost, kam bychom mohli s pacientem jít. Někteří lékaři považovali můj požadavek mluvit s pacientem o samotě dokonce za neetický a chtěli se jej účastnit jako pozorovatelé. Ve všech třech zařízeních se v průběhu sběru dat plánovaně (a jednou neplánovaně) musel přerušit na několik týdnů provoz kvůli rekonstrukci prostor zařízení. Taktéž nepravidelnost docházení pacientů do ambulance několikrát způsobila, že jsme na jinak zcela přesného pacienta marně čekali i dvě hodiny.

4.5 Analýza dat a interpretace

Analýza a interpretace kvalitativního výzkumu je vždy subjektivní. Již vzhledem k odlišnému pohledu odborné i laické veřejnosti k bolesti (diskutováno výše) je popis bolesti vnímán jednou více jako následek patologických procesů v těle, který vyžaduje okamžitý zásah a pomoc, jindy více jako přechodný stav, případně neschopnost jedince zvládat určité nepříznivé situace. V této práci si autorka nekladla za cíl stanovit všechny podstatné a vyskytující se způsoby zvládání chronických bolestí, ale spíše zachytit některé individuální prožitky, fenomény, které život s bolestí doprovázejí. Jinou variantou by mohlo být nechat zpracovat základní analýzu a kódování samostatně dvěma hodnotitelům, například muži a ženě, a poté teprve diskutovat o názvu a obsahu jednotlivých kategorií. Ukazuje se totiž, že již dva pohledy na daný problém mohou být zcela odlišné (např. Slade et al., 2009a), a různorodost informací a pohledů je právě tím, co je pro kvalitativní výzkum typické.

4.6 Výsledky

Jak vyplývá z výsledků výzkumu, u nemocných s chronickými bolestmi stojí v popředí několik různorodých faktorů, které se podílejí na zvládání chronické bolesti a do značné míry se navzájem ovlivňují.

Nejvýrazněji se na zvládání bolesti projevoval vliv emočních změn - na jedné straně radosti nebo zlosti, které respondenty aktivovaly a nutily k dalším pokusům bolesti překonat, na straně druhé pak strach, úzkost a deprese. K podobným závěrům dospěli i Lamé et al. (2005) nebo Cui et al. (2009). Strach, úzkost a deprese vedly spíše k **pasivitě** a poddávání se nepříznivé situaci – podobné výsledky udává i Ramírez-Maestre et al. (2008), anebo k vyhýbavým strategiím, které popisují i Epstein & Katz (1992). Pocity **vzteku**, bezmoci a **zoufalství** udávali především respondenti s **depresí** a vyšší závažností bolestivých stavů. K podobným závěrům dospěli například Kraaij et al. (2002) nebo Dysvik et al. (2005). Oproti výše uvedeným studiím jsem nezaznamenala výrazný rozdíl ve výskytu depresivních symptomů mezi ženami a muži, výsledky jiných studií však vzhledem k malému zastoupení mužů a celkově nízkému počtu osob nelze potvrdit ani vyvrátit. U respondentů, prožívajících dlouhodobě negativní emoce, se projevovala ve větší míře tendence popisovat bolesti v různých adjektivech jako „zachvacující“, „zraňující“, „unavující“. Dlouhodobě a intenzivní potíže, snižující osobní pohodu jedince prostřednictvím emoční rozlady, udávali všichni respondenti, a tyto projevy popisují i jiní autoři (McCreary, 1983; Monsen & Havik, 2001).

Změny tělesného prožívání jsou faktorem, který nutí jedince stále se adaptovat na chronické bolesti. Nejčastěji jmenovanými tělesnými potížemi byly poruchy spánku, nejistota v chůzi, nepředvídatelně přicházející a odcházející bolesti, snadná unavitelnost i při nižší intenzitě akutních bolestí a vícero míst, které bolesti postupně zasahují. Popis se shoduje s jinými pracemi na toto téma (např. Epstein & Katz, 1992; Norman et al., 2010).

Na hodnocení a postoj k bolesti má významný vliv **vnímaná osobní kontrola**. Respondenti uváděli, že k pocitu kontroly nad bolestí jim pomáhá schopnost vnímat tělesné signály a přizpůsobit si plány, když se bolesti zhoršují. Jako důležitou vnímali předchozí zkušenost se strategiemi, které bolesti dokázala zmírnit a důvěra, že mohou tyto strategie kdykoliv využít (důležitost vnímané kontroly popisuje například Lamé et al., 2005). Pro jiné respondenty byla důležitá především okamžitá dostupnost lékařského ošetření a léků, protože neznali způsob, jak by se daly bolesti jinak ovlivnit. Podobně jako v jiných studiích (např. Hambrick & McCord, 2009) se kontrola nad nemocí zvyšovala tehdy, pokud lidé věřili, že bolesti opět brzy ustoupí a že tento proces mohou ovlivnit – předchozí **zkušenost s bolestí**. Na základě výsledků se domnívám, že vnímaná kontrola

nad průběhem chronického onemocnění se pojí s vyšší **resiliencí** a sebedůvěrou, interním **LOC** a vnímanou **self-efficacy** a je naopak v kontrastu s psychickými potížemi. Posledně uvedenému předpokladu odpovídá studie Jensena a Karolyho (1991), kdy psychické potíže přispívaly k pocitům ztráty kontroly nad bolestí, a v důsledku i k menšímu úsilí o řešení potíží. Pro úplnost diskuze je třeba dodat, že ke ztrátě kontroly přispívá u všech nemocných snížený práh bolesti nebo třeba náhlý příchod intenzivních bolestí. Předpokládám, že v takovém případě budou osobní dispozice ke zvládání užitečné spíše ve fázi odeznívání bolesti a umožní udržet si i přes negativní zkušenost optimistický a aktivní přístup.

Z rozhovorů vyplynuly i další aspekty, které posilující sebedůvěru v kontrole nad nemocí a podporují pocit osobní pohody - **optimismus** a angažovanost na řešení potíží. Tyto aspekty podtrhují ve výzkumech např. Dysvik et al. (2005), Folkman (2008) nebo Seligman (2008). U respondentek, které považovaly bolest jen za jeden z aspektů života, dokázaly si udržet určitý nadhled a radovat z jiných hodnot a aktivit, bylo i hodnocení kvality života vyšší - shodné výsledky uvádějí například Ong et al. (2010).

Bolest – především její intenzitu, nepředvídatelnost a dlouhodobost - považovala většina respondentů za největší zdroj potíží a zátěže v životě. Někteří však spontánně uváděli vedle bolesti i jiné životní události (například ztrátu, těžkou autonehodu, ztrátu zaměstnání), na které se jen těžko adaptují. Traumatické události nebo vícero těžkých životních změn přitom zvyšují zranitelnost jedince ve vztahu k nemoci. Při dlouhodobě neřešených potížích může u jedince všeobecně převážet na emoce zaměřený coping, který je pro zvládání bolesti méně efektivní (Kraaij et al., 2002). Náročné životní události (především pak ty traumatické) mohou také vyústit v psychické onemocnění z okruhu neurotických a stresových poruch – deprese, generalizované úzkosti nebo somatoformní poruchy (World Health Organisation, 2008).

Dlouhodobé bolesti doprovázejí i změna v sociální oblasti. Vzhledem ke složení výzkumného vzorku byla na prvním místě jmenována **invalidita**. V souladu s jinými studiemi i zde invaliditu doprovázely pocity ztráty kontroly nad vlastním tělem, nemožnost naplňovat své sociální role a katastrofické myšlení (např. Peterson & Seligman, 1987; Kraaij et al., 2002; Roussi, 2002). Někteří autoři uvádějí i faktor času, kdy při rostoucí

invaliditě škála využívaných copingových strategií klesá (Ong et al., 2010). Tuto hypotézu nemohu na základě dostupných výsledků potvrdit ani vyvrátit. Předpokládám však, že takový vývoj je způsoben mimo jiné i rostoucím počtem negativních faktorů, které doprovázejí vleklé onemocnění (závislost na péči druhých, klesající sebedůvěra, další přidružená onemocnění aj.).

Zdá se, že bolesti a invalidita, ale například také ženské pohlaví a zvyšující se věk predisponují k častějším návštěvám zdravotnických zařízení. Tato kritéria však již nutně nemusí platit stejně pro různé země, etnika, věkové skupiny. Uvedený předpoklad by bylo třeba podpořit dalším výzkumem na větším souboru respondentů. Jednou z dostupných studií, která se zabývá vztahem mezi chronickými bolestmi a vyhledáváním lékaře, je práce Cornally & McCarthy (2011). Ti popsali faktory, které vedou k častějšímu vyhledávání podpory a pomoci – předchozí kladná zkušenost, očekávání výsledků zvoleného přístupu, a také vliv výchovy, která vede jedince k určitému způsobu jednání častěji než k jinému – například věnovat se svému tělesnému prožívání a při potížích vyhledat okamžitě lékařské ošetření.

Dalším sledovaným aspektem tedy byla dostupná sociální opora. Předpokládala jsem, že pokud bude dosažitelná podpora vysoká a míra distresu bude nižší (díky tomu, že nemocný má více dostupných zdrojů pro zvládání bolesti). Tyto dva předpoklady se potvrdily jen částečně. Pro všechny respondenty byla skutečně dostupná opora důležitá – a to jak praktická pomoc, tak empatické přijetí. Pro ženy byla důležitější emoční opora – možnost promluvit si o bolesti, důvěra a sdílení. U mužů mírně převažovala praktická pomoc, například v podobě financí nebo pomoci v domácnosti. Potřebu empatie a sdílení však mohou popisovat i muži (např. Cano, Barterian & Heller, 2008).

V souladu s hypotézou Pearlina a Schoolerové (1978) jsem pozorovala, že respondenti, kteří **vyžadují** sociální oporu častěji a ve větší míře, nebývají s jejím poskytováním tolik spokojeni jako lidé, kteří ji vyžadují méně. Požádat o pomoc bude účinnou strategií spíše tehdy, když jedinec řeší většinu potíží s důvěrou ve vlastní schopnosti a dovednosti, a pomoc využije až při náročnějších situacích. Tento poznatek je v souladu se studiemi především u vyšší věkové populace (Greenglass et al., 2006), kde je dostupná sociální opora jak ze strany rodinných příslušníků, tak ze strany zdravotnického personálu zároveň prediktorem proaktivního copingu (Dysvik et al., 2005). Vysvětlením by mohlo být

posílení vlastních kompetencí – umím si říct a pomoc přijde, omezení dopadu některých negativních zkušeností s bolestí (například obavy jít ven, aby nemocný znovu neupadl odpadnou, pokud má doprovod) anebo - pragmatickým pohledem - pokus uplatnit některé dříve opomíjené strategie pod tlakem a dozorem rodiny (například zvýšení fyzické aktivity, kontakt s dalšími členy rodiny, pravidelné kontroly u lékaře).

Všichni respondenti oceňovali především **péči zdravotníků** a **partnera**, často zmiňovaná však byla také **podpora státu**. Blyth, Mcfarlane a Nicholas (2007) popsali význam sociální podpory jako výrazu uznání potíží, které člověk s bolestmi má. Zjistili, že pokud je podpora státu pro nemocného dostupná, zvyšuje se motivace aktivně se zapojovat do rehabilitace a dalších aktivit. Obdobné pocity popisovali i naši respondenti. Invalidní důchod považovali zaprvé za doklad, že si bolesti nevymýšlí („*A to je to právě to neštěstí, že voni snad lidem ani nevěří, že ty bolesti takový jsou, málokdo.*“), a jako odrazový můstek, aby se mohli začít adaptovat na nový způsob života. Naopak nepřiznání důchodu od státu považovali za určitou stigmatizaci („*Až na výjimky se tedy všichni stavěli proti mně, protože ta bolest nebyla podepřená tím papírem*“) a znevážení potíží, které vzhledem ke svému stavu mají.

Možnost komunikovat o bolesti, vyjádřit svoje obavy, potřeby a přání bylo považováno respondenty za důležitou součást adaptace na bolest. Pokud se respondenti cítili osamoceni a nepochopení, překonávali nejen samotné bolesti, ale také intenzivní distress. Ten pak zasahoval do volby strategií, které byly zaměřeny na překonání negativních emocí více než na řešení potíží s bolestmi. Komunikace o bolesti je podstatný faktor ventilace **stresu** a usnadňuje zaměření se na proaktivní a na problém zaměřené zvládání bolestí - jak popisují například Dysvik et al. (2005).

I zde jsou samozřejmě rozdíly v tom, s kým a v jaké míře sdílet svoje potíže. Norman (2010) uvádí, že nemocní potřebují sdílet svoje pocity a vědět, jak bolesti zvládají jiné lidé. Tato hypotéza se v našem souboru neprokázala. Přibližně v polovině případů respondenti zdůrazňovali spíše potřebu okamžitého zásahu lékaře než přemítání o možnostech, jak by mohli bolesti zvládnout sami. Někteří udávali, že se při komunikaci s dalšími pacienty cítili využívaní anebo měli tendenci druhé litovat, a pak prožívat pocity viny, že své potíže zcela nezvládají. Důležitým faktorem, který by na tomto jevu mohl mít podíl, je **postoj**

příbuzných, zaměstnavatele a zdravotnického personálu k projevům bolesti. Zajímavé výsledky poskytuje studie partnerského vztahu Kappessera a Williamsové (2008). Pokud pacient přestane vykonávat všechny aktivity, je jeho bolest uznána a je partnerem opečováván. Pokud však pokračuje v činnostech, které měl vždy rád, ale ne v těch neoblíbených, jsou považovány projevy bolesti partnerem za neférové a postoj je spíše odmítavý. Předpokládám, že na základě uvedeného by bylo možné dále zkoumat různé aspekty interakce partnerů a jejich výsledný vliv na průběh a projevy onemocnění, anebo na využívané strategie zvládání (například projevy bolestivého chování).

Mezi copingové strategie, které považujeme za pasivní, patří **užívání léků** (Epstein & Katz, 1992) a časté vyhledání **úlevové polohy**. Tyto dvě strategie se také častěji objevovaly ve spojení se strategiemi překonávání a vyhýbání. Užití léků jmenovala většina respondentů jako první volbu při růstu intenzity bolesti, někteří vyšší dávky léků brali „preventivně“ - při zvýšení obav z bolestí. Další volbou, především pokud bolesti neustupovaly, byla pak u většiny návštěva lékaře s očekáváním radikálnější intervence.

V našem výzkumném souboru bylo 5 respondentů léčeno opiáty a neopiodními analgetiky, někteří také s antidepresivy. V souladu s výsledky některých studií (např. Jensen & Karoly, 1991) v našem vzorku většina respondentů udávala, že léky užívají, přestože jim přinášejí pouze dočasnou nebo žádnou úlevu. Jiní respondenti udávali, že léky berou nárazově, a to ve velkých dávkách, jinak se jim spíše vyhýbají. Důvodem může být syndrom naučené bezmoci, kdy lidé nedovedou svoji situaci aktivně řešit, nevěří, že by se něco mohlo změnit, a tak pokračují v navykklém způsobu jednání, ať už je efektivní nebo ne. **Léčba opiáty** byla a je kontroverzním a hojně diskutovaným tématem kvůli potenciálnímu rozvoji závislosti. Jensen, Thomsen a Højsted (2006) v desetileté longitudinální studii (160 respondentů) zjišťovali vzestup tolerance k lékům a vyhledávání léčby opiáty u nemocných s chronickými bolestmi zad. Předpoklad se nepotvrdil. Ukázalo se však, že u pacientů s nižším socioekonomickým statutem, na sociální podpoře a s prokazatelným katastrofickým myšlením nemá léčba opiáty očekávaný efekt úlevy od bolesti. U těchto respondentů by patrně bolesti mohly být psychogenní, případně psychosomatická složka převládla nad somatickou příčinou bolestí.

Zvýšené užívání léků a **vyhledávání lékařského ošetření** mohou být projevem bolestivého chování a zdrojem sekundárních zisků – dříve těžko dostupné péče, nebo úlevy v zaměstnání - na tento aspekt života s bolestí se zaměřuje například Knotek (1994). Stejně tak se však může

jednat o celkem vhodnou adaptaci na bolest, jak poukazují například Cornally & McCarthy (2011). Vliv na tom mohou mít různé faktory – dobrá zkušenost s výsledky léčby, potřeba sociálního kontaktu anebo výchova, která vede jedince k určitému způsobu jednání častěji než k jinému – například vyhledat okamžitě lékařské ošetření, pokud se objeví potíže. Bylo by zajímavé ověřit, zda se tendence vyhledávat lékařské ošetření liší v různých společenských nebo etnických skupinách, anebo zda má na vyhledávání lékařské péče nějaký vliv zkušenost z vlastní rodiny.

Woby et al. (2005) u 90 pacientů s bolestmi zad hodnotili různé strategie zvládání. Většina z nich se shodovala se strategiemi v tomto výzkumu. Mezi nejčastější strategie u Wobyho patřilo přerámování, zvýšení úrovně aktivity, modlitby a naděje (které se v našem výzkumném souboru neobjevily), katastrofizace a rozptýlení pozornosti. U našich respondentů se mezi muži i ženami objevovaly nejčastěji strategie přehlížení, a pak přibližně ve stejné míře vyhýbání, akceptace a komunikace o bolesti. Důvody, proč byly některé strategie uváděny častěji než jiné, mohou být například způsob dotazování, potřeba sociální desirability nebo rozhodování se na základě fyzického a psychického stavu v době výzkumu.

Přehlížení bolestí volili většinou mladší respondenti a pak starší respondenti, kteří ji považovali za jedinou účinnou. Přehlížení bolestí znamenalo pokračování v navykklých činnostech bez ohledu na následky. Tato strategie však byla popisována jako efektivní při mírnějších bolestech, když bolesti přerostly určitou mez, selhávala. Někdy byl pak dopad bolestí vlivem přehnané předchozí aktivity větší než obvykle. Ve studii Keogha a Mansoorové u žen s vysokou mírou úzkostnosti a přecitlivělosti vedly pokusy přehlížet akutní bolest ke zvýšení její intenzity. Účinné bylo naopak plné soustředění na vjem bolesti s myšlenkami na postupnou úlevu (Keogh & Mansoor, 2001).

Strategie **Překonávání** ve smyslu vytrvalosti může mít pozitivní vliv na zvládání bolestí i na sebevědomí jedince. Musí však být vyvážena objektivním hodnocením aktuálního fyzického stavu. Ve studii zaměřené na pacienty s chronickými bolestmi dolní části páteře (*low back - pain syndrome*) schopnost vytrvat v prováděné činnosti (persistenci) nebo plánovat bez ohledu na to, zda přijdou nebo nepřijdou bolesti, negativně korelovaly s katastrofickými tendencemi a nízkým self-efficacy (Woby, Watson, Roach, & Urmston, 2005).

Strategie **vyhýbání** se objevovala nejčastěji ve spojení s vnímanou nedostačující komunikací o bolestech v rodině, ztrátou kontroly nad bolestí a s depresivními symptomy. Obvykle jí předcházely **katastrofické myšlenky**, například že při pokusu o jakoukoliv intenzivnější aktivitu se bolesti nekontrolovaně zhorší a respondent skončí na vozičku. Podobné příklady popisují Vlaeyen a Linton (2000) nebo Keefe et al. (2004). Vyhýbání provázely tendence neustále pozorovat tělesné změny, zveličování i drobnějších obtíží nebo ustávání v činnostech ihned po mírném zhoršení bolesti – k porovnání např. Brown & Nicassio (1987).

Na rozdíl od podobných studií (Kraaij, 2002; Sofaer-Bennet et al., 2007) se v této nepotvrdilo, že starší pacienti se dovedou lépe **adaptovat** na různé stavy nepohody a na zhoršování tělesné kondice. V našem souboru se akceptace změn pojila s určitým postojem - většina respondentů považovala stálou přítomnost bolesti za nespravedlnost. Dalšími faktory pak mohly být pocity osamělosti, sebeobviňování, že nemocný je své rodině na obtíž, a na druhou stranu frustrace a hněv, že je člověk na všechno sám a nikdo mu nechce pomoci. Vše bylo podtrženo často deklarovanými emočními rozladami, které adaptaci jistě nijak neulehčují.

Další důležitou strategií může být práce s **informacemi** o bolestech a možnostech jejich zvládání. Norman (2010) zjistil, že možnost sdílet informace, a to jak s lékaři, tak s dalšími pacienty, posilují schopnost zvládat bolest. Tuto strategii se v našem souboru zaznamenala pouze u tří respondentek, které mají zdravotnickou profesi. Ostatní respondenti považovali informace o možnostech zvládání bolesti za dostatečné, někteří přímo udávali, že snad víc ani vědět nechtějí. Tento postoj vysvětlovali tím, že jim nové informace nepřinášejí žádný nový postup, jak si život s bolestí usnadnit.

Pod **akceptace** bolesti jsem po pečlivém zvážení zahrнула několik dílčích strategií – **přerámování** (které popisuje například Greenglass et al., 2006), **zpomalení**, a zároveň schopnost **zůstat aktivní** s ohledem na aktuální vývoj bolesti. Akceptaci chronických bolesti předchází mnoho dílčích kroků, mezi které patří jak změna životních hodnot a postoje k bolesti, tak změna životního rytmu. Podobně i Greenglass et al., (2006) popisuje efektivní strategie, které usnadňují adaptaci na chronické onemocnění.

Dalšími strategiemi, které vesměs podporují adaptaci na život s bolestmi, jsou schopnost najít si činnosti, které **odvedou pozornost** od bolestí a dovednost zklidnit se, odejít občas do ústraní a **být** více v kontaktu **sám se sebou**. Schopnost odpočívat, relaxovat a zaměřit pozornost pryč od bolestí popsali jako rozptýlení pozornosti Jensen & Karoly (1991) nebo Damsgård et al. (2011). Poslední dvě uvedené strategie se významově překrývají také s konceptem na přístup-únik zaměřeného zvládání (*approach-avoidance coping*). To je popisováno jako pasivní nebo nezúčastněné pozorování zátěžových situací anebo aktivní orientování se pryč od zdroje stresu (např. Finset, Steine, Haugli, Steen & Laerum, 2002; Edwards et al., 2005; Roesch et al., 2009). Předpokládám, že strategie přístup-únik stejně jako zde uvedené strategie rozptýlit se a být sám (se) sebou mohou být adaptivní a účelné ve chvíli, kdy jsou podmínky spíše nepříznivé pro aktivní řešení situace (například při výrazném zhoršení zdravotního stavu nebo nutnosti řešit naráz několik zátěžových situací). Zůstat osamocen s bolestmi může být akceptujícím postojem stejně tak jako rezignací na jiné možnosti zvládání. Rozptýlení pozornosti pak může vést nejen k úniku od strachu a úzkosti z bolestí, ale také zcela narušit schopnost vnímat signály vlastního těla. Volbu jen jedné strategie pro všechny případy proto za adaptivní nepovažuji.

V přípravné fázi výzkumu jsem se chtěla zaměřit také na obranné mechanismy ega, mezi které může patřit popření a somatizace - popsáno více v Bašteckém et al. (1993) a Poněšický (2004). Psychosomatická komponenta je totiž udávána i v mnoha případech chronických bolestí pohybového systému. Někteří respondenti sice popisovali zhoršený průběh nemoci v souvislosti se stresem (aniž by obojí vnímali v souvislostech), vzhledem k zaměření výzkumu však nebylo možné ověřit, zda šlo o kompenzační úsilí organismu na podkladě psychických potíží anebo o jiné okolnosti, doprovázející nemoc. Hlubší diskuze o obranných mechanismech by tedy nebyla v rámci tohoto výzkumu relevantní.

5. Závěr

Předložila jsme zde další z pohledů na zvládání chronické bolesti. Poznatky zde uvedené potvrzují multidimenzionální modely a také různorodé životní cesty pacientů. Hodnocení bolesti, volba strategie i motivace k aktivitě vznikají vždy na podkladě určitého emočního ladění. Potvrdil se zde velký význam pozitivních emocí, které jsou velkým tématem současného výzkumu copingových strategií, zatím ne však tolik přímo u chronických bolestí.

Na zvládání zátěže má vliv jak somatická stránka bolestí – její charakter a závažnost původního onemocnění, tak i sociální aspekty jako je dostupná léčebná pomoc nebo ekonomická podpora státu. Potvrdil se i vliv osobních dispozic ke zvládání, například resilience nebo důvěry ve schopnost vypořádat se s potížemi. V souladu s dalšími studiemi se potvrdilo, že nejméně účinné copingové strategie jsou přehlížení, vyhýbání se aktivitě a užívání léků, nejvíce účinné byly různé formy adaptace na bolest a plánování budoucnosti. Naopak se nepotvrdilo, že snaha rozptýlit pozornost intenzitu bolestí zhoršuje. Na kazuistikách jsem pak popsala různé způsoby zvládání a faktory, které vytvářejí podmínky pro častější volbu určitých strategií oproti jiným.

Zajímavým tématem se zdá být hodnocení bolesti okolím nemocného a vliv komunikace o bolesti na strategie zvládání. Nedorozumění a stigmatizace by se mohly spolupodílet jak na negativním emočním ladění nemocného, tak například na rozvoji bolestivého chování. Ověření tohoto předpokladu by mohlo být tématem pro další výzkum.

Závěrem si dovoluji uvést citaci, kterou považuji za krásný příklad odvahy a statečnosti těch, kteří musí s bolestí dennodenně bojovat. Jedna z respondentek na otázku, co by dělala, kdyby se její stav náhle zhoršil, odpověděla:

„Člověk furt musí doufat, že snad bude dobře, že to bude lepší. To jsou takový ataky, kdy je líp a kdy je hůř. Ale já si myslím, že spousta lidí to má i v běžném životě a nemá žádný zdravotní potíže, mají zase jiné potíže. Každý člověk si nese nějaký břemeno sebou, pro toho druhýho to neznamena nic. Prostě každý má něco.“

Lze jen doufat, že tento postoj si udrží většina pacientů.

Seznam použité literatury

- Balcar K. (1994). Bolest a učení. In P. Knotek (Ed.), *Bolest. Psychosociální problémy a léčba* (37-40). Praha: Společnost pro léčbu bolesti při České lékařské společnosti JEP a UPSA Laboratories.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, 2, 117-149. Dostupné z EBSCOhost.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4-5. Dostupné z EBSCOhost.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. Dostupné z EBSCOhost.
- Blyth, F. M., Mcfarlane, G.J., & Nicholas, M.K. (2007). The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain: The key to better outcomes for patients? *Pain*, 12(9), 8-11. Dostupné z EBSCOhost.
- Brown, C. A., Dick, B. D., & Berry, R. (2010). How do you write pain? A preliminary study of narrative therapy for people with chronic pain. *Diversity in Health and Care*, 7(1), 43-56. Dostupné z EBSCOhost.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64. Dostupné z PubMed.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H., Grünter, R., Ostermann, T., Neugebauer, E. M., & Mathiessen, P. F. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine*, 10(2), 327-339. Dostupné z EBSCOhost.
- Cano, A., Barterian, J. A., & Heller, J. B. (2008). Empathetic Interaction and Pain. *Clinical Journal of Pain*, 24(8), 678-684. Dostupné z EBSCOhost.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. Dostupné z EBSCOhost.

- Clauw, D. J., & Ablin, J. N. (2009). The Relationship between „Stress“ and Pain: Lessons Learned from Fibromyalgia and Related Conditions. In J. Castro-Lopes (Ed.) *Current topics in pain:12th World Congress on Pain* (245-270). Seattle: IASP Press.
- Costa, Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1987). „Neuroticism, Somatic Complaints, and Disease: Is the Bark Worse than the Bite?“ *Journal of Personality*, 55(2), 299-316. Dostupné z EBSCOhost.
- Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., & Silman, A. J. (1998). Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *British Medical Journal*, 316(7141), 1356–1359. Dostupné z EBSCOhost.
- Cui, J., Matsushima, E., Aso, K., Masuda, A., & Makita, K. (2009). Psychological features and coping styles in patients with chronic pain. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 63(2), 147–152. Dostupné z EBSCOhost.
- Damsgård, E., Dewar, A., Røe, C., & Hamran, T. (2011) Staying active despite pain: Pain beliefs and experiences with activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 108-116. Dostupné z EBSCOhost.
- DeGood, D. E., & Shutty, M. S. (1992). Assesment of Pain Beliefs, Coping, and Self-Efficacy. In D. C. Turk, & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (221-222). New York: The Guilford Press.
- Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O. J., & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*. 42(6), 297–305. Dostupné z EBSCOhost.
- Epstein, S., & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 813-825. Dostupné z EBSCOhost.
- Finset, A., Steine, S., Haugli, L., Steen, E., & Laerum, E. (2002). The Brief Approach/Avoidance Coping Questionnaire: development and validation. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 75-85. Dostupné z EBSCOhost.
- Flor, H. (2009). Extinction of Pain Memories: Importance for the Treatment of Chronic Pain. In J. Castro-Lopes (Ed.) *Current topics in pain:12th World Congress on Pain* (221-244). Seattle: IASP Press.

- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(1), 3-14. Dostupné z EBSCOhost.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(9), 219-239. Dostupné z EBSCOhost.
- Fordyce, W. E. (1988). Pain and Suffering. A Reappraisal. *American Psychologist*, 43(4), 276-283. Dostupné z EBSCOhost.
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398-406. Dostupné z EBSCOhost.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, 19(1), 15-31. Dostupné z EBSCOhost.
- Greenglass, E., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-being. Testing for Mediation Using Path Analysis. *European Psychologist*, 14(1), 29-39. Dostupné z EBSCOhost.
- Hambrick, E. P., & McCord, D. M. (2010). Proactive Coping and its Relation to the Five-Factor Model of Personality. *Individual Differences Research*, 8(2), 67-77. Dostupné z EBSCOhost.
- Haythornthwaite, J. A. (2009). It's Belief. It's an Appraisal. It's Coping...No, It's Catastrophising. In J. Castro-Lopes (Ed.) *Current topics in pain: 12th World Congress on Pain* (271-288). Seattle: IASP Press.
- Chromý, K. (2005). Somatizace a funkční poruchy-obecná část. In K. Chromý, & R. Honzák (Eds.), *Somatizace a funkční poruchy* (34-41). Praha: Grada.
- Jakoubek, B., & Tondlová, H. (1993). Psychosomatická medicína a bolest. In J. Baštecký, J. Šavlík, J. Šimek (Eds.), *Psychosomatická medicína* (302-311). Praha: Grada, Avicenum.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání* (1.vydání). Praha: Portál.

- Jarošová, D. (2002). Chronická bolest a její vliv na kvalitu života (online). Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=178 (Citováno 1.7.2011)
- Jensen, M. K., & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping Efforts and Adjustment to Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3),431-438. Dostupné z EBSCOhost.
- Jensen, M. K., Thomsen, A. B., & Højsted, J. (2006) 10 - year-follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilisation. *European Journal of Pain*, 10(5), 423-433. Dostupné z EBSCOhost.
- Kappesser, J., & Williams, A. C. (2008). Pain judgements of patient's relatives: examining the use of social contract theory as theoretical framework. *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (1),309-317. Dostupné z EBSCOhost.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie*, 52(1), 1-1-19. Dostupné z ProQuest.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211. Dostupné z EBSCOhost
- Keogh, E., & Mansoor, L. (2001). Investigating the effects of anxiety sensitivity and coping on the perception of cold pressor pain in healthy women. *European Journal of Pain*, 5(1), 11-22. Dostupné z EBSCOhost.
- Knotek, P. (1994) Psychologické mechanismy chronické bolesti. In P.Knotek (Ed.) *Bolest. Psychosociální problémy a léčba* (20-31). Praha: Společnost pro léčbu bolesti při České lékařské společnosti JEP a UPSA Laboratories.
- Knotek, P. (2010). Psychologické procesy při chronické bolesti, jejich struktura a dynamika. *Československá psychologie*, 14(6), 546-563. Dostupné z EBSCOhost.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health:An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37(1), 1-11. Dostupné z EBSCOhost.

Kraaij, V., Garnefski, N. & Maes, S. (2002). The Joint Effects of Stress, Coping and Coping Resources on depressive symptoms in the Elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, 15 (2), 163-177. Dostupné z EBSCOhost.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci* (1. vydání, 80-109). Praha: Grada.

Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. S., Kleef, M., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9 (1), 115-124. Dostupné z EBSCOhost.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. S. (2007). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94. Dostupné z EBSCOhost.

McCreary, C. (1983). Pain Description and Personality Disturbance. In R. Melzack (Ed.), *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press.

Melzack, R. (1973). *Záhada bolesti*. Praha: Avicenum

Melzack, R. (1983). Concepts of Pain Measurement. In R. Melzack (Ed.), *Pain Management and Assessment*. New York: Raven Press.

Melzack, R. (1999). Pain - an overview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 43(9), 880–884. Dostupné z EBSCOhost.

Melzack, R. (2005). Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004-2005. World Institute of Pain, *Pain Practice*, 5(2), 85–94. Dostupné z EBSCOhost.

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Pain terms, A Current List with Definitions and Notes on usage. In H. Merskey & N. Bogduk (Eds.). *Classification of Chronic Pain. IAPS Task Force on Taxonomy* (2. vydání, 207-213). Seattle: IAPS Press.

Monsen, K., & Havik, O. E. (2001). Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of Medical Psychology*, 74(2), 183-195. Dostupné z EBSCOhost.

- Mrlinová, L. (2009). Alexithymie u pacientů s bolestmi bederní páteře. Rigorózní práce. Praha: FF UK.
- Neradilek, F. (2006). Bolest jako syndrom. In R. Rokyta, M. Kršiak, & J. Kozák (Eds.). *Bolest* (1. vydání, 22-26). Praha: Tigris.
- Neradilek, F., Kozák, J., Rokyta, R., & Vrba, I. (2006). Historie a současnost výzkumu a léčby bolesti. In R. Rokyta, M. Kršiak, & J. Kozák. *Bolest* (1.vydání, 16-21). Praha: Tigris.
- Nobis, R. & Sandén, I. (2008). Young men's health: A balance between self-reliance and vulnerability in the light of hegemonic masculinity. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 29(2), 205-217. Dostupné z EBSCOhost.
- Norman, C., Bender, J. L., Macdonald, J., Dunn, M., Dunne, S., Siu, B., & Hunter, J. (2010). Questions that individuals with spinal cord injury have regarding their chronic pain: A qualitative study. *Disability & Rehabilitation*, 32(2), 114-125. Dostupné z EBSCOhost.
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Carrington Reid, M. (2010). Psychological Resilience Predicts Decreases in Pain Catastrophising Through Positive Emotions. *Psychology and Aging*, 25(3), 513-523. Dostupné z EBSCOhost.
- Opavský, J. (1998). Terminologie bolesti. *Bolest*, 1(1), 4-7. Dostupné z: http://www.tigris.cz/images/stories/Bolest/1998/1_1998/04_Z.pdf (Citováno 25.6.2011).
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf.
- Orel, M., Facová, V., Večeřa, R., & Wágner, P. (2010). Vnímáme bolest a slast. In M. Orel, & V. Facová (Eds.). *Člověk, jeho smysly a svět* (1. vydání, 181-189). Praha: Grada.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. & Mullan, J. T. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–56. Dostupné z EBSCOhost.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(3), 2-21. Dostupné z EBSCOhost.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1987.) Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55(2), 237-265. Dostupné ze ScienceDirect.

- Pilowski, I. (1987). Abnormal Illness Behaviour and Chronic Pain. In G. D. Burrows, D. Elton & V. Stanley. *Handbook of chronic pain management* (131-136). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Raudenská, J. (2004). Psychosomatická medicína a chronická bolest. *Bolest* 7(4), 210-213. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2004/bol_4_04_web_zabezp.pdf.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12(6), 749-756. Dostupné z EBSCOhost.
- Ramírez-Maestre, C., López Martínez, A., & Zarazaga, R. (2004). Personality Characteristics as Differential Variables of the Pain Experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 147-165. Dostupné z EBSCOhost.
- Roesch, S. C., Aldridge, A. A., Huff, T. P., Langner, K., Vilodas, F., & Bradshaw, K. (2009). On the dimensionality of the Proactive Coping Inventory: 7, 5, 3 factors? *Anxiety, Stress & Coping*, 22(3), 327- 339. Dostupné z EBSCOhost.
- Rokyta, R. (2006a). Transmise bolesti a její centrální projekce (dráhy bolesti). In R. Rokyta, M. Kršiak, & J. Kozák, *Bolest* (59-60). Praha: Tigis.
- Rokyta, R. (2006b). Patofyziologie bolesti s ohledem na klinické souvislosti. In R. Rokyta, M. Kršiak, & J. Kozák, *Bolest* (77-86). Praha: Tigis.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44. Dostupné z EBSCOhost.
- Rotter, J., & Mulry, L. (1965). Internal versus External Control of Reinforcement and Decision Time. *Journal of Personality & Social Psychology*, 2(4), 598-604. Dostupné z EBSCOhost.
- Roussi, P. (2002). Discriminative facility in perceptions of control and its relation to psychological distress. *Anxiety, Stress & Coping*, 15(2), 179-191. Dostupné z EBSCOhost.
- Ruiselová, Z., & Prokopčáková, A. (2010). Counterfactual thinking and proactive coping. *Studia psychologica*, 52(4), 291-299. Dostupné z EBSCOhost.

- Sandkühler, J. (2009). The Role of Inhibition in the Generation and Amplification of Pain. In J. Castro-Lopes (Ed.), *Current topics in pain:12th World Congress on Pain* (53-72). Seattle: IASP Press.
- Seligman, M. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3-18. Dostupné z EBSCOhost.
- Severeijns, R., van den Hout, M. A., Vlaeyen, J. W., & Picavet, H. S. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*, 99(1-2), 367-376. Dostupné ze ScienceDirect.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. S., & van den Hout, M. A. (2004). Do We need a communal coping model of pain catastrophising? An alternative explanation. *Pain*, 111(3), 226-229. Dostupné z EBSCOhost.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions, and Challenges* (19-35). New York: Oxford University Press.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2001). *Atlas patofyziologie člověka* (1.vydání, 320-321). Praha: Grada.
- Silvia, F. C, Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Luz, M. T., & Alcântara, M. A. (2011) A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occupational Therapy International*, 18(2), 85-95. Dostupné z EBSCOhost.
- Slade, S. C., Molloy, E., & Keating, J. L. (2009a). People with non-specific chronic low back pain who have participated in exercise programs have preferences about exercise: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2), 115-121. Dostupné z EBSCOhost.
- Slade, S. C., Molloy, E., & Keating, J. L. (2009b). Stigma Experienced by People with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 10(1), 143-154. Dostupné z EBSCOhost.
- Sofaer-Bennett, B., Holloway, I., Moore, A., Lamberty, J., Thorp, T., & O'Dwyer, J. (2007). Perseverance by Older People in Their Management of Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 8(3), 271-280. Dostupné z EBSCOhost.

- Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- Sullivan, M. L., Thorn, B., Haythornthornwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52–64. Dostupné z EBSCOhost.
- Swartzman, L. C., Gwadry, F. G., Shapiro, A. P., & Teasell, R. W. (1994). The factor structure of Coping Strategies Questionnaire. *Pain*, 57(3), 311-316. Dostupné z EBSCOhost.
- Šimek, J. (1994). Psychosomatické aspekty bolesti. In P. Knotek (Ed.), *Bolest. Psychosociální problémy a léčba* (32-36). Praha: Společnost pro léčbu bolesti při České lékařské společnosti JEP a UPSA Laboratories.
- Šedřová, K. (2007). Analýza kvalitativních dat. In R. Švaříček, & K. Šedřová (Eds.), *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (207-247). Praha: Portál.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health & Social Behavior*, 35, 53–79. Dostupné z EBSCOhost.
- Thoits, P. A. (2006). Personal Agency in the Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(4), 309-323. Dostupné z EBSCOhost.
- Toběrná, K. (2005). Centra pro léčbu chronické bolesti v systému českého zdravotnictví. Praha: IPVZ. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=218 (Citováno 1.7.2011).
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategy Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343 –36. Dostupné z EBSCOhost.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical Disability and Depression: A Longitudinal Analysis. *Journal of Health & Social Behavior*, 29(1), 23-37. Dostupné z EBSCOhost.
- Vlaeyen, J. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of art. *Pain*, 85(3), 317-332. Dostupné z EBSCOhost.
- Vyklický, L. (1994). Teorie bolesti. Nervové mechanismy bolesti. In P. Knotek (Ed.), *Bolest. Psychosociální problémy a léčba* (14-19). Praha: Společnost pro léčbu bolesti při České lékařské společnosti JEP a UPSA Laboratories.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3.vydání). Praha: Portál.

Waddell, G., & Turk, D. C. (1992). Clinical Assessment of Low Back Pain. In D. C. Turk, & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (24-25). New York: The Guilford Press.

Weisenberg, M. (1977). Pain and Pain Control. *Psychological Bulletin*, 84(5), 1008-1044. Dostupné ze ScienceDirect.

Weisenberg, M., Tepper, I., & Schwarzwald, J. (1995). Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. *Pain*, 63(2), 207-212. Dostupné z EBSCOhost.

World Health Organisation (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních poruch, disability a zdraví* (1.vydání). [Pfeiffer, J. & Švestková, O. – Překladařelé]. Praha: Grada.

World Health Organisation (2008). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize* (2., aktualizované vydání). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Woby, S.R., Watson, P.J., Roach, N.K., & Urmston, M. (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 100 – 107. Dostupné z EBSCOhost.

Zavadilová R., Knotek P. (2006). Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest*, 9 (2), 100-105. Dostupné z:
http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2006/06_knotek_bolest_2_06_web_zabezp.pdf
(Citováno 1. 7. 2011).

Příloha 1 Okruhy otázek pro rozhovor

Povězte mi prosím něco o své nemoci (diagnóza, délka trvání, obvyklý průběh).

Každý člověk prožívá život s nemocí (bolestí) trochu jinak. Jak vnímáte vaši nemoc vy?

Jaká omezení a problémy vám vaše nemoc přináší (fyzická-například spánek, pracovní, vztahová-intimní, ekonomická...)?

Jak dnes vypadá váš běžný den?

Poznáte dopředu, kdy bolest ustupuje a kdy se naopak stupňuje? Co se děje předtím a co potom? (Zažil/a jste někdy situace, kdy byla bolest neúnosná? Povězte mi o tom).

Co pro vás znamená pojem zvládání zátěže? Můžete mi popsat situace, které jsou pro vás výrazně zatěžující? Bylo to tak i dříve?

Máte od začátku onemocnění více potíží než dříve? Jak se to projevuje? Co vám znemožňuje žít spokojeně?

A co vám naopak pomáhá zvládat potíže, stres, osobní problémy?

Kdo vám pomáhá zvládat každodenní těžkosti? A jak to máte ve vztahu k bolesti-co děláte, když je váš stav neúnosný?

Setkal/a jste se někdy s nepochopením nebo nezájmem okolí? Jak to vypadalo?

Už jste někdy zažil/a větší krizi nebo i několik drobných krizí? Jak to vypadalo? Změnil se pak nějak váš život?

Kdy jste si začal zvykat na fakt, že bolesti budou součástí vašeho života?

Lidé mívají různé způsoby, jak zvládnout stres a každodenní starosti. Co pomáhá vám?

Od koho přichází pomoc a jakým způsobem? Splňuje to vaše očekávání? Pokud ne, máte představu, co byste chtěli jinak? Jak si o pomoc říkáte?

Změnil se váš postoj k vašemu tělu a ke zdraví obecně?

Máte nyní v životě nějaké dlouhodobější cíle?

Jak odpočíváte, co vám k tomu pomáhá?

Jak vnímáte odbornou péči? Jaké péče se vám dostalo, co vám bylo nabídnuto? Co byste ještě chtěl/a zkusit sám/sama?